

# ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПОДКРЕПА МАНИФЕСТ ЗА ПРЕЖИВЕЛИ ИНСУЛТ

Всяка година близо 1,5 милиона души получават инсулт в Европейския съюз<sup>1</sup>. Инсултът може да бъде опустошителен – да доведе до инвалидизация или смърт<sup>2</sup>, да разбие живота на пострадалия и неговите близки. Оцелелите ще се присъединят към повече от деветте милиона европейци, преживели инсулт, които живеят с дългосрочни здравословни, социални и финансови последици върху качеството на живот<sup>3</sup>.

Инициативата на Европейския съюз за незаразни болести „По-зdrави заедно“, стартирана от Европейската комисия през 2022 г. предоставя възможности за политически действия, които политиците трябва да наградят, както на ниво ЕС, така и на национално ниво. Призоваваме лицата от всички политически нива да дадат приоритет на инсулта в здравните политики, да подкрепят сръжавите - членки да разработят Национални планове за инсулт и да предприемат бързи мерки за тяхното приложение.

Тежестта на инсулта пада върху всички нас, но особено върху оцелелите и техните болногледачи, които живеят с последици всеки ден. Нека предприемем действия за намаляване и минимизиране на тежестта от инсулт върху нашите общества.



**Призоваваме за прилагане на следните предложения за политика:**

# 1

## Профилактика

**80% от инсултите са предотвратими<sup>4</sup>** и мерките за ефективна първична профилактика могат да помогнат за облекчаване тежестта върху здравните системи.

**Първична профилактика и контрол на рисковите фактори.** Обърнете внимание на широко разпространените рискови фактори чрез прилагане на политики, отнасящи се към промяна в начина на живот и медицинските проблеми, свързани с това.

**Обществените здравните интервенции трябва да улеснят** здравословния начин на живот и да гарантират всеобщ достъп за скрининг и лечение. Прилагане на законодателство за интервенции в областта на общественото здраве – контрол на рисковите фактори за инсулт: тютюнопушене и замърсяване на въздуха, здравословно хранене с ниско съдържание на сол, насърчаване на здравословен начин на живот и намаляване на екологичните, социално-икономическите и образователни детерминанти. Много рискови фактори за инсулт са общи с тези за други хронични заболявания. При сърдечно-съдовите заболявания, деменициите и злокачествените заболявания могат също да се очакват ефекти от прилагането на тези мерки.

**Създаване и прилагане на програми за скрининг и лечение на рискови фактори.** Въведете програми, базирани на доказателства за скрининг и лечение за основните рискови фактори за инсулт: ефективен контрол на високото артериално налягане и захарния диабет, дислипидемията и предсърдното мъждене, нерационалното хранене и затлъстяването, тютюнопушенето, намалената физическа активност, асимптомните каротидни стенози и др.

# 2

## Остър инсулт

**Времето е мозък**, по-малко от 10% от пациентите с инсулт в Европа достигат до болниците в рамките на 60 минути от началото на симптомите. Човекът губи 2 милиона нервни клетки всяка минута и те не могат да бъдат възстановени чрез съвременното лечение. Колкото повече нервни клетки са загубени, толкова по-голям е шансът за нарушена реч, парализа и трайно увреждане<sup>6</sup>.

**Качество на грижите и лечение на инсулт.** Бързата оценка и максимално ранното започване на лечението са жизненоважни за постигане на по-добри резултати, намалявайки вероятността от трайно увреждане. Инсултът е спешно медицинско състояние и резултатът от лечението е в пряка зависимост от началото на неговото прилагане<sup>7</sup>. Трябва особено да се наблегне на пациентите с транзиторни исхемични атаки. За да се подобри качеството на действията при остър инсулт, те трябва да бъдат постоянно наблюдавани, преглеждани и сравнявани.

**Трябва да се осигури равен достъп до грижи за всички пациенти с остър инсулт.** Увеличаване на наличността и бързия достъп до сертифицирани отделения за инсулт е приоритет в целия ЕС. За всички пациенти с инсулт, трябва да се осигури възможност за диагностика и лечение в отделения за инсулт като първо ниво на грижа, с гарантиран достъп до съвременните лечения за възстановяване на мозъчния кръвен ток и намаляване на времето на прилагането им от началото на симптоматиката.

**Създаване на система за подобряване на качеството на услугите за инсулт.** Осигуряване на подкрепа от научни и обществени организации за инсулт и живот след инсулта. Периодично оценяване на качеството на лечението и грижите, и спазване на въвеждането на Националните планове за инсулт. Предоставянето на грижите за пациенти с инсулт да се извършва от обучен и компетентен персонал, като всички услуги се подлагат на непрекъснат одит.

# 3

## Живот след инсульта

**Около една трета от преживелите инсулт са с увреждания, нарушени когнитивни способности и лошо психично здраве<sup>5</sup>.**

Неклиничната подкрепа, отговаряща на практическите социални и емоционални нужди на оцелелите от инсулт също са много важни. Усещането за изоставеност в болничните заведения на оцелелите от инсулт във всички страни ще продължи, докато тези услуги не станат рутинна част от общите грижи след инсулт.

**Предотвратяване на пореден инсулт и грижи за тези, които вече са получили такъв.** Вторичната профилактика, която включва лекарства, промяна в начина на живот, грижи и обучение на пациентите, може да предотврати последващи инциденти и усложнения<sup>8</sup>. Неврорехабилитацията е важен етап към връщането на преживелите инсулт пациенти при техните семейства<sup>9</sup>. След изписване от специализираните заведения, трябва да се очертаят различни пътища на засегнатите от инсулт за осигуряване на цялостна и координирана дългосрочна подкрепа.

**Прилагане на персонализирани планове за лична грижа след рехабилитация, които предлагат немедицинска подкрепа.** Проблеми в комуникацията, социалните контакти, самотата, инконтиненцията, умората, повишените финансови нужди, често са неудовлетворени потребности в настоящите грижи, което води до нарушена социална интеграция. Има изразена нужда от координирани индивидуални планове за грижа и подкрепа след края на рехабилитацията, което би гарантирало по-добро психично здраве.

**Провеждане на адекватна вторична профилактика.** В рамките на пет години след първия инсулт, 30-50% от пациентите ще получат нов такъв, миокарден инфаркт или съдова смърт<sup>10</sup>. Осигуряването на адекватна вторична профилактика и съвети за промяна в начина на живот с премахване на вредните навици, трябва да бъде провеждано на всички хора, които са преживели мозъчносъдов инцидент.

**Гарантиране на равен достъп до неврорехабилитация по време на хоспитализацията и след това.** Гарантиране на достъп до ранна рехабилитация в отделението за инсулт и след изписването на преживелите с някаква степен функционален дефицит, до програми за физическа, когнитивна, трудова, афатична и друга рехабилитация.

**Провеждане на Европейска референтна рамка за качество на грижите при инсулт.** Рамката трябва да събира, измерва и публикува дългосрочни демографски и медицински данни, резултати от медицински интервенции, оценка на качеството на живот след инсулт и Национални насоки за одит.

**Да дадем възможност за достоен живот след инсульта.** Да обърнем внимание на преживелите инсулт и техните семейства, на техните неудовлетворени нужди, чрез формализиране на участието на организации за подкрепа при инсулт, и решения според конкретните нужди. След идентифициране на проблемите в страната и тяхното обобщаване да се създадат Национални препоръки за най-добри практики в подкрепа на пострадалите хора и семействата им.

# 4

## Проблемът инсулт

**Финансовата тежест на инсултите, коронарна болест на сърцето и рак е приблизително еднаква и варира от 2% до 11%<sup>11</sup>.**

Въпреки, че клиничната тежест и цената на лечението, рехабилитацията и последствията от инсулт са поне толкова големи, колкото тези за рак, Европейските изследвания за инсулт са силно недофинансирани. Ако това текущо ниско ниво на разходите за научни изследвания продължава, потенциално преготвратимите дългосрочни последствия за пациентите и обществото ще доведат до нарастващо бреме от инсулт през следващите десетилетия<sup>11</sup>.

**Трябва да се осигури достатъчно финансиране за бъдещи научни изследвания.** Трябва да се положи старание за разпределено адекватно финансиране на всички отговарящи на условията субекти, включително здравни и неправителствени организации, изследователски проекти свързани с инсулт (Напр. „Иновативна здравна инициатива”, „По-здравя Заедно”, „Инициативата на ЕС за незаразните болести” и „Хоризонт Европа”).

**Да се подобрят здравните и социалните дейности за инсулт с реални данни.** Изследванията ще ни позволят да идентифицираме целите и приоритетите. Очаква се Европейският съюз да осигури награждане на съществуващите възможности за финансиране на изследванията, насърчаване на приемане на Национални планове за инсулт за подобряване на профилактиката, диагностиката, лечението и рехабилитацията на инсултите.

**Насърчаване изследванията в недостатъчно проучени области на инсултите.** Проведените досега проучвания са фокусирани основно върху медицинския мениджмънт. Повече внимание трябва да се обърне върху ефекта от неврорехабилитацията и животът след инсулта.



Stroke Alliance for Europe (SAFE) е неправителствена организация с нестопанска цел която представлява пациентски организации от 30 европейски страни, борещи се заедно срещу инсульта.

Нашата цел е да помогнем за предотвратяване на смърт и увреждания, свързани с инсулт в цяла Европа, чрез повишаване на осведомеността относно необходимостта от предприемане на действия по отношение на инсулт сред създателите на политики, широката общественост, изследователите и медицинската общност.

Ще успеем да намалим броя и въздействието на инсултите в Европа с неуморно застъпване за по-добра профилактика на инсулт, равен достъп до лечение, по-добри и повече грижи след инсулт, рехабилитация и дългосрочна подкрепа.

За повече информация относно SAFE, моля посетете [www.safestroke.eu](http://www.safestroke.eu).



Stroke Alliance for Europe (SAFE) е неправителствена организация с нестопанска цел която представлява пациентски организации от 30 европейски страни, борещи се заедно срещу инсульта.

Нашата цел е да помогнем за предотвратяване на смърт и увреждания, свързани с инсулт в цяла Европа, чрез повишаване на осведомеността относно необходимостта от предприемане на действия по отношение на инсулт сред създателите на политики, широката общественост, изследователите и медицинската общност.

Ще успеем да намалим броя и въздействието на инсултите в Европа с неуморно застъпване за по-добра профилактика на инсулт, равен достъп до лечение, по-добри и повече грижи след инсулт, рехабилитация и дългосрочна подкрепа.

За повече информация относно SAFE, моля посетете [www.safestroke.eu](http://www.safestroke.eu).



1. At what cost: The economic impact of stroke in Europe. University of Oxford for the Stroke Alliance for Europe (SAFE).
2. Sudharsanan, N., Deshmukh, M., & Kalkonde, Y. (2019). Direct estimates of disability-adjusted life years lost due to stroke : a cross-sectional observational study in a demographic surveillance site in rural Gadchiroli, India. *BMJ open*, 9(11), e028695. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028695>.
3. Wafa, H. A., Wolfe, C. D. A., Emmett, E., Roth, G. A., Johnson, C. O., & Wang, Y. (2020). Burden of Stroke in Europe: Thirty-Year Projections of Incidence, Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years. *Stroke*, 51(8), 2418–2427. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029606>.
4. Cardiovascular diseases: Avoiding heart attacks and strokes. WHO. 2015.
5. Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P. M., Stibrant Sunnerhagen, K., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A., & Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *European stroke journal*, 3(4), 309–336. <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>.
6. Why acting FAST when it comes to a stroke is so important. UK Health Security Agency. 2015.
7. Emberson, J., Lees, K. R., Lyden, P., Blackwell, L., Albers, G., Bluhmki, E., Brott, T., Cohen, G., Davis, S., Donnan, G., Grotta, J., Howard, G., Kaste, M., Koga, M., von Kummer, R., Lansberg, M., Lindley, R. I., Murray, G., Olivot, J. M., Parsons, M., Stroke Thrombolysis Trialists' Collaborative Group (2014). Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet (London, England)*, 384(9958), 1929–1935. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60584-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60584-5).
8. Flach, C., Muret, W., Wolfe, C. D. A., Bhalla, A., & Douiri, A. (2020). Risk and Secondary Prevention of Stroke Recurrence: A Population-Base Cohort Study. *Stroke*, 51(8), 2435–2444. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.028992>
9. Bindawas, S. M., & Vennu, V. S. (2016). Stroke rehabilitation. A call to action in Saudi Arabia. *Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia)*, 21(4), 297–305. <https://doi.org/10.17712/nsj.2016.4.20160075>.
10. Feng W, et al. Risk of recurrent stroke, myocardial infarction, or death in hospitalized stroke patients. *Neurology*. 2010; 74:588-593.
11. Pendlebury, S. T., Rothwell, P. M., Algra, A., Ariesen, M. J., Bakac, G., Czlonkowska, A., Dachenhausen, A., Krespi, Y., Kxrv, J., Krolikowski, K., Kulesh, S., Michel, P., Thomassen, L., Bogousslavsky, J., & Brainin, M. (2004). Underfunding of stroke research: a Europe-wide problem. *Stroke*, 35(10), 2368–2371. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000140632.83868.a2>

This document has been translated from English by:

Acad. Prof. Ivan Milanov, MD, PhD, DSc – President of Bulgarian Society of Neurology

Prof. Dimitar Maslarov, MD, PhD, DSc – Board Member of Bulgarian Society of Neurology

The translation is based on the original document written in the English language and approved by the Steering Committee of the Stroke Action Plan for Europe.

This translation may not be entirely accurate or comprehensive due to the complexities and nuances of medical terminology, cultural differences, and the limitations of machine translation technology if this has been used.

The SAP-E Steering Committee assumes no responsibility for any errors made in the translation process.

## Contact

Stroke Action Plan for Europe (SAP-E)  
Reinacherstrasse 131  
4053 Basel / Switzerland

StrokeActionPlan@eso-stroke.org  
+41 61 686 77 76

©2024