Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

İŞEMİK İNSULTUN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2009

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 21 oktyabr 2009-cu il tarixli
25 saylı qərarı ilə təsdiq edilmişdir

İŞEMİK İNSULTUN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

Bakı - 2009

56.12
İ 88

İ 88 İşemik insultun diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. – 39 səh.
Klinik protokol Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin səhiyyə islahatları çərçivəsində ictimai səhiyyə kadrlarının hazırlanması üzrə Tədbirlər proqramı əsasında tərtib və çap edilmişdir.

Klinik protokolun redaktoru:

C.Məmmədov – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

Z.Sadıxova – Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin sinir xəstəlikləri kafedrasının dosenti, t.e.n.
Ə.Sultanov – ATU-nun I daxili xəstəliklər və reanimatologiya kafedrasının dosenti, t.e.n.
P.Allahyarova – Respublika Klinik Xəstəxanasının II sinir xəstəlikləri şöbəsinin həkim-ordinatoru
F.İbrahimov – Mərkəzi Klinik Xəstəxanasının kardiologiya şöbəsinin həkim-kardioloqu
A.Əhmədov – İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçilər:

A.Axundbəyli – Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin baş anesteziologu-reanimatoluqu, ə.e.x., professor
R.Rzayev – Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin baş nevropatoloqu, dosent, t.e.n.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistematik icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	• RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistematik icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	• Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistematik icmalı, yaxud • Sistematik səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	• Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistematik səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++ və ya +) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	• Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud • Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud • Ekspertlərin rəyi. • Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarların siyahısı

AF – atrial fibrillyasiya (qulaqcıqların fibrillyasiyası)
AÇF – angiotenzin çevirici ferment
APC – aktivləşdirilmiş protein C
ARB – angiotenzin reseptorlarının blokatorları
ASL – aşağı sıxlıqlı lipoproteidlər
AT – arterial təzyiq
BQDKP – beyin qan dövranının kəskin pozulması
BKİ – bədən kütləsi indeksi
EKQ – elektrokardioqrafiya
EUSI – İnsult üzrə Avropa Təşəbbüsü (*European Stroke Initiative*)
HT – hemorragik transformasiya
XBT-10 – Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (10-cu baxış)
INR – beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət (*International Normalized Ratio*)
KDT – kəllədaxili təzyiq
KT – kompüter tomoqrafiyası
Mİ – miokard infarktı
MRT – maqnit rezonans tomoqrafiyası
OBA – orta beyin arteriyası
PEG – perkutan endoskopik qastrostomiya (*percutaneous endoscopic gastrostomy*)
PTA – plazminogenin toxuma aktivatoru
RKT – randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlar
rtPA – plazminogenin rekombinant toxuma aktivatoru (*Recombinant Tissue Plasminogen Activator*)
STA – süni tənəffüs aparatı
TİH – tranzitor işemik həmlə
TOAST – insultun ABŞ Nevroloji xəstəliklər və İnsult Milli İnstitutu (NINDS) tərəfindən təklif edilmiş təsnifatı (*Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment*)
YSL – yüksək sıxlıqlı lipoproteidlər

Protokol ilkin səhiyyə xidmətləri səviyyəsində və stasionarlarda çalışan nevropatoloqlar, neyrocərrahlar, reanimatoloqlar, təcili yardım həkimləri, ailə həkimləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: işemik insult xəstəliyi olan böyük yaşlı şəxslər.

Protokolun məqsədləri:

- Sübutlu təbabət prinsiplərinə əsaslanmış müasir metodlar tətbiq etməklə işemik insultun diaqnostika, müalicə və profilaktikasının təkmilləşdirilməsi
- İşemik insultla xəstələnmə və ölüm hallarının azaldılması

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

İNSULT – beyin qan dövranının kəskin pozulmasıdır. İnsultun iki tipi fərqləndirilir: işemik və hemorragik.*

İşemik insult qan təchizatının çatışmazlığı nəticəsində beynin ocaqlı (fokal) zədələnməsindən əmələ gələn, 24 saatdan çox çəkən və ya bir sutka ərzində ölümə gətirib çıxaran nevrolojı simptomların kəskin inkişafı ilə xarakterizə olunan sindromdur.

Bütün halların 80%-də işemik insult karotid hövzədə, 20%-də isə vertebrobazilyar hövzədə baş verir.

Kəskin serebral işemiya nəticəsində yaranan ocaqlı nevroloji defisit və ya retinal işemiya nəticəsində yaranan görmənin monokulyar pisləşməsi (*amaurosis fugax*) 24 saat ərzində tam keçib gedirsə, bu sindrom **tranzitor işemik həmlə** (TİH) kimi təsnifata daxil edilir.

Hemorragik insult – serebral arteriyanın travmatik genezli olmayan partlaması və qanın intrakranial sahəyə – intraventrikulyar, intraserebral, subaraxnoidal, subdural və ya epidural olaraq axması nəticəsində beyin qan dövranının kəskin pozulmasıdır.

* Bu protokolda işemik insultun profilaktika, diaqnostika və müalicəsi nəzərdən keçiriləcəkdir. Hemorragik insult haqda məlumatlar yalnız bəzi parametrlərin müqayisəsi və onun işemik insultla differensial diaqnostikası nöqteyi-nəzərindən təqdim olunacaqdır.

Bəzən intraserebral hemorragiya beyin infarktı sahəsində inkişaf edir, bu, **işemik insultun hemorragik transformasiyası** adlanır**.**

Yaşlı əhali arasında əlilliyin aparıcı səbəbi və ölümün əsas səbəblərindən biri olan serebral insult əvvəlki kimi səhiyyənin əsas problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır. İnsult həyat üçün təhlükəli olan kəskin miokard infarktı və ya kəskin kəllə-beyin travması ilə eyni dərəcədə təxirəsalınmaz vəziyyət kimi qiymətləndirilməlidir.

İŞEMİK İNSULTUN RİSK AMİLLƏR

Modifikasiya edilə bilən risk amilləri:

- ✓ Arterial hipertenziya
- ✓ Siqaret çəkmə
- ✓ Şəkərli diabet
- ✓ Ürək xəstəlikləri, xüsusən də atrial fibrillyasiya (qulaqcıqların səyriməsi)
- ✓ Dislipidemiya
- ✓ Keçirilmiş insult və ya TİH
- ✓ Yuxu arteriyalarının stenozu
- ✓ Hiperkoaqulyasiya ilə müşayiət olunan hallar
- ✓ Azhərəkətli həyat tərzi
- ✓ Alkoqolun həddən ziyadə qəbulu
- ✓ Oral kontraseptivlərin qəbulu
- ✓ Digərləri

Modifikasiya edilə bilinməyən risk amilləri:

- ✓ Yaş
- ✓ Kişi cinsinə mənsubluq
- ✓ İrq (afro-amerikanlara mənsubluq)
- ✓ Genetik meyllilik

XBT-10 üzrə təsnifat

I63	Beyin infarktı
I63.0	Preserebral (ekstrakranial) arteriyanın trombozu səbəbli beyin infarktı
I63.1	Preserebral (ekstrakranial) arteriyanın emboliyası səbəbli beyin infarktı
I63.2	Preserebral (ekstrakranial) arteriyanın dəqiqləşdirilməmiş tıxanması yaxud stenozu səbəbli beyin infarktı
I63.3	Beyin arteriyalarının trombozu səbəbli beyin infarktı
I63.4	Beyin arteriyalarının emboliyası səbəbli beyin infarktı
I63.5	Beyin arteriyalarının dəqiqləşdirilməmiş tıxanması və yaxud stenozu
I63.6	Beyin venalarının qeyri-piogen trombozu səbəbli beyin infarktı
I63.8	Başqa səbəbli beyin infarktı
I63.9	Dəqiqləşdirilməmiş beyin infarktı
I64	Qanaxma və ya infarkt kimi dəqiqləşdirilməmiş insult
I65	Preserebral (ekstrakranial) arteriyaların infarkta səbəb olmayan trombozu və ya stenozu
I66	Serebral arteriyalarının beyin infarktına səbəb olmayan trombozu və ya stenozu
G45	Keçici (tranzitor) serebral işemik həmlə
G46	Serebrovaskulyar xəstəliklərdə damar mənşəli beyin sindromları

İşemik insultun etiopatogenetik təsnifatı

Etiopatogenetik cəhətdən işemik insultun 5 əsas yarımtipini fərqləndirirlər (TOAST təsnifatına görə):

1. İri arteriyaların aterosklerozu nəticəsində baş verən insult.
2. Kardioembolik insult.
3. Kiçik çaplı (kalibrli) arteriyaların okklüziyası nəticəsində baş verən insult (lakunar insult), hansı ki, ən çox arterial hipertenziya nəticəsində yaranır.
4. Digər məlum etiologiyalı insult (*qeyri-aterosklerotik vaskulopatiyalar və arteriitlər* – serebral damarların disseksiyası, Moya-moya xəstəliyi, fibroz-əzələ displaziyası və s., infeksion,

autoimmun, dərman arteriitləri; *hematoloji xəstəliklər* – antifosfolipid anticisimlər sindromu, C, S proteinlərinin defisiti, antitrombin 3 defisiti, leykemiya, polisitemiya, trombositoz, trombositopenik purpura, oraqvari-hüceyrə anemiyası, miyelom xəstəliyi, Valdenstrem makroqlobulinemiyası, krioqlobulinemiya; peroral kontraseptivlərin, antifibrinolitik preparatların, K vitamininin, simpatomimetiklərin qəbulu nəticəsində; *digərləri* – venoz sinusların trombozu, miqren, hemodinamik insult və s.).

5. Naməlum etiologiyalı insult.

İşemik insultun patofiziologiyası

Beyin qan axımı həcminin azalması beyin toxumasına oksigen və qlükoza daxil olmasının xeyli məhdudlaşmasına gətirib çıxarır. Qan axımının daha qabarıq şəkildə azaldığı beyin hissəsi çox tezliklə, 6-8 dəqiqə ərzində dönməz (sağalmaz) dərəcədə zədələnir ("özək" və ya işemiyanın "nüvə" zonası). Bir neçə saat ərzində işemiyanın nüvə zonası işemiyalaşmış, lakın canlı (qan axınının səviyyəsi 20 ml/100q/dəq) toxuma ilə – "*yarımkölgə*" və ya "*penumbra"* adlanan zona ilə əhatə olunur. Penumbra sahəsində bütövlükdə energetik metabolizm qorunub saxlanılır və struktur dəyişikliklər yox, funksional dəyişikliklər müşahidə olunur. Penumbra zonasının hesabına infarktın ölçülərinin tədricən böyüməsi baş verir. "İşemik yarımkölgə" zonasında sinir hüceyrələrinin bərpa olunmasının mümkün olduğu vaxtın müddəti dəqiq müəyyən edilməmişdir. Hərçənd ki, sinir hüceyrələrinin əksəriyyəti üçün bu müddət bir neçə saatla (və ya 2-3 sutka ilə) məhdudlaşır. İnsultun inkişafından sonrakı ilk saatlar və günlərdə terapiyanın başlıca hədəfi məhz penumbradır.

İŞEMİK İNSULTUN BİRİNCİLİ (İLKİN) PROFİLAKTİKASI

Birincili profilaktikanın məqsədi asimptomatik insanlarda insult keçirmə riskinin azaldılmasından ibarətdir.

Həyat tərzi dəyişikliyi və risk faktorlarının modifikasiyası

► *Hipertoniya xəstəliyi*

Antihipertenziv müalicə həm işemik insult, həm də digər damar

xəstəliklərinin profilaktikası üçün tövsiyə edilir **(A)**. Qan təzyiqi normal səviyyəyə (<140/90 mm c.s. və ya <130/80 mm c.s. – diabetik xəstələrdə) endirilməlidir. Bəzi həyat tərzi dəyişiklikləri də (fiziki fəallıq, arıqlama, pəhriz) qan təzyiqinin normallaşdırılmasında faydalıdır və antihipertenziv dərmanların tətbiqi ilə birlikdə düşünülməlidir **(A)**.

► *Şəkərli diabet*

Diabetik xəstələrdə qanda şəkərin miqdarının normoqlikemik səviyyəyə yaxın ölçülərdə saxlanmasına nəzarət olunması tövsiyə edilir. Baxmayaraq ki, şəkərli diabet zamanı qan şəkərinə ciddi nəzarət (normoqlikemik səviyyələrdə) insult keçirmə riskini azaltmır, bu digər diabetik damar fəsadlarının profilaktikası üçün uyğundur. Ayrıca, hemoqlobin A1c hədəfi <7% olmalıdır **(B)**. Diabetiklərdə insult riskinin azaldılması məqsədilə qan təzyiqi (hədəf ölçü <130/80 mm c.s.) və lipid səviyyələrinə də ciddi şəkildə nəzarət olunmalıdır **(C)**.

► *Hiperlipidemiya*

Yüksək xolesterin səviyyələrinə malik xəstələrdə lipid hədəfinə çatma tədbirləri ümumi qəbul edilmiş qaydalara əsasən aparılmalıdır. Ürəyin işemik xəstəliyi, şəkərli diabet və ya aterosklerotik karotid arteriya stenozu olan xüsusi xəstə qrupunda lipid paneli ciddi şəkildə nəzarət altında saxlanmalıdır **(A)**. Bu məqsədlə statin qrupu preparatlarından istifadə edilməsi uyğundur **(A)**. Bundan başqa, yalnız YSL səviyyəsi aşağı olan xəstələrdə fibrat qrupu preparatlarından və ya niasindən istifadə edilə bilər **(B)**.

► *Siqaret çəkmə*

Siqaret çəkmə işemik insult riskini 2 dəfə artırır və başlıca risk faktorlarından biridir. Tütün istifadəsindən imtina edən xəstələrdə isə bu risk 50% azalmaqdadır. Ona görə də həm ümumi sağlamlıq üçün, həm də insult riskini azaltmaq məqsədilə tütün istifadəsini dayandırmaq tövsiyə edilir **(B)**.

► *Alkoqol istifadəsi*

Yüksək miqdarlarda (≥ 60 q/sut) alkoqol istifadəsi tövsiyə edilməməkdədir **(A)**.

► *Piylənmə*

Piylənmə aterosklerotik işemik insultun risk faktorlarından biri olduğundan, normadan yüksək BKİ olan pasiyentlər çəki azaldan

pəhrizə riayət etməlidirlər (**A**).

► *Fiziki aktivlik*

Fiziki aktivlik və fiziki dözümlülüyün artırılması insult keçirmə riski ilə tərs mütənasibdir. Fiziki aktivliyin faydası arıqlama, qan təzyiqi, qan şəkəri və lipid panelinə müsbət təsiri ilə izah olunmaqdadır. Həftənin ən azı beş günü minimum 30 dəqiqə ərzində orta templə yerimə insult riskini azaltmaq və ümumi sağlamlıq üçün tövsiyə edilir **(B)**.

► *Pəhriz*

Az duzlu və az yağlı, meyvə və tərəvəzlə zəngin lifli pəhriz məsləhət görülməkdədir **(B)**. Pəhrizə riayət edilməsi digər həyat tərzi dəyişiklikləri ilə birlikdə aparılmalıdır.

► *Postmenopauza hormonal müalicəsi*

İnsultun profilaktikasında postmenopauza hormonal müalicəsi tövsiyə edilmir **(A)**.

Antiaqreqantlar və antikoaqulyantlar

► *Asetilsalisil turşusu (Aspirin)*

Aspirinin asimptomatik xəstələrdə insult riskini azaltdığı haqqında məlumatlar mövcud olmasa da, profilaktik aspirin istifadəsinin miokard infarktını azaltdığı sübut edilmişdir və bir və ya daha çox vaskulyar risk faktoru olan xəstələrdə tövsiyə edilə bilər **(A)**. 50% və daha yüksək dərəcədə daxili karotid arteriya stenozu olan asimptomatik xəstələrdə aspirin təyini tövsiyə edilməkdədir **(D)**. Digər antiaqreqant preparatların insultun birincili profilaktikasında istifadəsi uyğun deyildir **(C)**.

► *Antikoaqulyasiya*

Orta və yüksək riskli ürək-damar xəstəliyi ilə birlikdə səyrici aritmiyası olan xəstələrdə kardioembolik hadisə ilə əlaqədar insult riski ciddi dərəcədə artmaqdadır. Səyrici aritmiyası olan və kardioemboliya baxımından yüksək riskli (yaşı 75-dən çox olan, yaxud yaşı 60-dan çox üstəgəl şəkərli diabet, arterial hipertenziya, ciddi sol mədəcik disfunksiyası kimi risk amilləri olan) asimptomatik pasiyentlərə uzun müddətli antikoaqulyant müalicə (varfarin, hədəf İNR 2-3 arası) aparılmalıdır **(A)**.

Səyrici aritmiyası olan, lakin digər risk amilləri olmayan 60-75 yaş arası pasiyentlərdə uzun müddətli aspirin (325 mq) və ya varfarin

istifadəsi məsləhət görülməkdədir **(A)**.

Varfarin qəbul edə bilməyən AF-li xəstələrdə seçim olaraq aspirin tövsiyə edilməlidir **(A)**.

Nonvalvular AF-si olan və əlavə risk faktoru olmayan 60 yaşa çatmamış pasiyentlərdə uzun müddətli aspirin (325 mq) və ya heç bir antitrombotik müalicə aparılmaması uyğun görülə bilər.

Yüksək kardioembolik riskli xəslələrdə isə (keçirilmiş işemik insult, revmatik mənşəli mitral stenoz, protez ürək qapağı) uzun müddətli varfarin (hədəf İNR 2-3-dən az olmayaraq və protez qapağın tipi, pozisiyasından asılı olaraq) təyin edilməlidir **(A)**.

Asimptomatik karotid arteriya stenozunun cərrahi və endovaskulyar müalicəsi

Aparılan tədqiqatlarda asimptomatik karotid arteriya stenozunun karotid endarterektomiya üsulu ilə cərrahi müalicəsinin faydasının şübhəli olduğunu göstərən nəticələr əldə edildiyindən, bu metod rutin olaraq məsləhət görülməməkdədir **(C)**. 60-99% daxili yuxu arteriyası stenozu olan asimptomatik xəstələrdə karotid arteriya cərrahiyyəsi istifadə edilə bilər. Karotid endarterektomiyanın perioperativ insult və ölüm riski <3% olan və minimum 5 il müddətində sağ qalması gözlənilən (80 yaşınadək) xəstələrdə faydalı olduğu bildirilmişdir **(C)**.

Karotid arteriya stenozuna görə stentli və ya stentsiz angioplastikanın cərrahi əməliyyata nisbətən üstünlüyü sübut olunmadığından rutin olaraq məsləhət görülməməkdədir **(C)**.

İŞEMİK İNSULTUN DİAQNOSTİKASI

İnsultun diaqnostikası aşağıdakılara əsaslanır:

- müvafiq klinik simptomların müəyyənləşdirilməsi;
- anamnestik məlumatlar (kəskin başlanğıc, risk amillərinin mövcudluğu) – cədvəl 1-ə bax;
- neyrovizualizasiya müayinələrinin məlumatları

İnsultun tipinin (işemik və ya hemorragik) müəyyənləşdirilməsi diaqnostik axtarışın sonuncu həlqəsi deyildir. İnsultun adekvat müalicəsi və ikincili (sonrakı) profilaktikasının aparılması üçün onun mümkün olan səbəbinin/səbəblərinin axtarılması zəruridir.

Cədvəl 1. Anamnez toplayarkən diqqət edilən əsas cəhətlər

Yaxın zamanlarda baş vermiş hallar	İnsult Tranzitor işemik həmlə Miokard infarktı Travma Cərrahi əməliyyat Hamiləlik Qanaxma
Yanaşı xəstəliklər	Arterial hipertenziya Şəkərli diabet
Dərman vasitələrindən istifadə	Antikoaqulyantlar İnsulin Antihipertenziv preparatlar Peroral kontraseptivlər və ya tərkibində estrogen olan digər preparatlar

İşemik insultun əlamət və simptomları

Aşağıdakı simptomlara əsasən işemik insultun baş verməsindən şübhələnmək lazımdır:

- Bədənin hər hansı hissəsində, xüsusən də sifət, əl və ayaq daxil olmaqla bədənin bir tərəfində əzələ zəifliyinin əmələ gəlməsi;
- Bədənin hər hansı hissəsində, xüsusən də sifət, əl və ayaq daxil olmaqla bədənin bir tərəfində hissiyyatın zəifləməsi;
- Görmənin pozulması;
- Şifahi nitqin və ya nitqin başa düşülməsinin pozulması;
- Hərəkətlərin koordinasiyasının pozulması;
- Baş gicəllənməsi;
- Udma qabiliyyətinin pozulması;
- Qəflətən başlayan, xüsusən də ürəkbulanma, qusma ilə müşayiət olunan qeyri-adi dərəcədə kəskin baş ağrısı;
- Qıcolma tutmaları;
- Yaddaşın qəflətən pozulması;
- Şüurun pozulması

İNSULTLU PASİYENTİN MÜAYİNƏSİ İLƏ BAĞLI TÖVSİYƏLƏR

1. **İnsult olması güman edilən pasiyentlərdə** təxirəsalınmaz müayinə aparılmalı və pasiyentin qəbul şöbəsinə daxil olduğu vaxtdan sonrakı **1 saat** ərzində müayinə bitirilməli və müalicə üsulu seçilməlidir **(B)**. Ehtimal edilən insultlu xəstələr nevroloji müayinə də daxil olmaqla dəqiq klinik müayinədən keçirilməlidirlər.
2. Baş beynin qeyri-kontrast kompüter tomoqrafiyası əksər hallarda insultun təxirəsalınmaz terapiyasının seçilməsi üçün zəruri olan informasiyanı verən müayinədir **(A)**.
3. İşemik insultun istənilən spesifik müalicəsinin aparılması, ancaq baş beynin müvafiq tomoqrafik müayinəsinin (vizualizasiyanın) həyata keçirilməsindən sonra mümkündür **(A)**.
4. Neyrovizualizasiyanın perfuzion KT, KT-angioqrafiya, perfuzion MRT, diffuzion MRT, MR-angioqrafiya kimi multimodal metodları işemik insultun diaqnostikası zamanı əlavə məlumat verə bilər **(A)**.
5. Lakin insultun təxirəsalınmaz terapiyası baş beynin əlavə vizualizasiya metodlarının (perfuzion KT, PV-MRT, DV-MRT və b.) həyata keçirilməsi üzündən gecikdirilməməlidir **(A)**.
6. Əgər xəstəliyin simptomlarının yaranmasından 3 saatdan az keçibsə, angioqrafik müayinə işemik insultun təxirəsalınmaz terapiyasını ləngitməməlidir **(D)**.
7. KT-nin bəzi məlumatları, o cümlədən də ”arteriyanın hiperdensitivlik” simptomu insultun **arzuolunmaz** nəticələri ilə korrelyasiya edir **(A)**.
8. Hal-hazırda kifayət qədər sübut yoxdur ki, intrakranial hemorragiyadan başqa KT-nin hər hansı digər göstəricisi (o cümlədən baş beyin yarımkürəsinin üçdə birindən çoxunun işemik zədələnməsi də daxil olmaqla) insultun başlanmasından

sonrakı ilk 3 saat ərzində alteplaza* ilə (plazminogenin toxuma aktivatoru) müalicəyə zidd olsun **(B)**.

9. Serebral damarların vizualizasiyası intraarterial trombolizisin, işemik insultun cərrahi və endovaskulyar müalicəsinin keçirilməsi ərəfəsində ilkin müayinə kimi zəruridir **(C)**.
10. Neyrovizualizasiya tədqiqatları bu sahə üzrə ixtisaslaşmış həkimlər tərəfindən interpretasiya olunmalıdır **(D)**.
11. Xəstədə mövcud olan nevroloji defisitin qiymətləndirilməsi və xəstənin durumuna dinamik nəzarət üçün xüsusi insult şkalalarından istifadə tövsiyə edilir (NİHSS şkalası daha məqsədəuyğundur – cədvəl 2) **(B)**.
12. Pasiyentlərin ilkin təxirəsalınmaz müayinəsi üçün cədvəl 3-də göstərilən müayinələrin aparılması tövsiyə olunur **(B)**.
13. İnsultlu pasiyentlərdə ürək xəstəliklərinin yüksək rastgəlmə tezliyi mövcud olduğundan EKQ müayinəsi təxirəsalınmaz qaydada aparılmalıdır **(B)**.
14. Kəskin ürək və ya ağciyər xəstəliklərinin klinik və ya başqa əlamətləri olan pasiyentlərdə döş qəfəsi orqanlarının rentgen müayinəsi təxirəsalınmaz şəkildə tələb oluna bilər **(B)**.
15. Lakin insultlu xəstələrin əksəriyyətinin təxirəsalınmaz müayinəsi zamanı döş qəfəsinin rentgen müayinəsinə ehtiyac duyulmur **(B)**.
16. İnsultlu pasiyentlərin əksəriyyətinin likvorun müayinəsinə ehtiyacı yoxdur **(C)**. Likvorun müayinəsi o insultlu xəstələrə lazımdır ki, onlarda subaraxnoidal qansızmanın əlamətləri var, ancaq baş beyin KT-si hemorragiyanı aşkara çıxarmır. Likvorun müayinəsi həm də neyroinfeksion xəstəliklər nəticəsində insult keçirmiş pasiyentlər üçün göstəriş ola bilər.

* Klinik protokolun tərtib edildiyi dövrdə Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi.

Cədvəl 2. İnsultlu pasiyentin nevroloji müayinəsinin nəticələrini qiymətləndirmək üçün şkala

(NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale).

Bu şkala insultun kəskin dövründə nevrologıı defisiti qiymətləndirməyə, təkrar müayinələrdə isə pasientin vəziyyətinin dinamikasını izləməyə imkan verir. Funksiyalar balla qiymətləndirilir.

№	Müayinə	Cavab reaksiyası və xallar
1A	Şüur: oyanıqlığın səviyyəsi	0 – aydın 1 – tutqun 2 – soporoz 3 – koma
1B	Şüur: oriyentasiya ilə bağlı 2 suala cavab verilməsi - ilin hansı ayıdır? - neçə yaşın var?	0 – hər iki cavab düzgündür 1 – bir cavab düzgündür 2 – düzgün cavab yoxdur
1C	Şüur: 2 tapşırığın yerinə yetirilməsi - gözlərini yum - yumruq tut (barmaqlarını sıx)	0 – hər iki tapşırıq düzgün yerinə yetirilir 1 – bir tapşırıq düzgün yerinə yetirilir 2 – heç bir tapşırıq düzgün yerinə yetirilmir
2	Göz almalarının hərəkətləri	0 – normal 1 – baxışın parezi 2 – baxışın iflici (göz almalarının fiksə olunmuş deviasiyası)
3	Görmə sahələri	0 – normal 1 – hissəvi hemianopsiya 2 – tam hemianopsiya 3 – ikitərəfli hemianopsiya
4	Üz (mimiki) əzələlərinin hərəkətləri	0 – normal 1 – yüngül parez 2 – mötədil parez 3 – birtərəfli iflic
5	Yuxarı ətrafların hərəki	0 – pasient qolunu bu vəziyyətdə ən azı 10 saniyə saxlamağa

	funksiyası (pasientin qolu tədqiqatçı tərəfindən ovuclar aşağı yönəlməklə oturmuş vəziyyətdə 90º və ya uzanılmış vəziyyətdə 45º altında irəli uzadılmış şəkildə müəyyənləşdirilir. Pasientə qolunu bu vəziyyətdə saxlamaq tapşırılır) a. Sol yuxarı ətraf b. Sağ yuxarı ətraf	qadirdir 1 – pasient qolunu bu vəziyyətdə saxlamağa qadirdir, lakin qol 10 saniyə ərzində aşağı düşür 2 – qol dərhal aşağı düşür, lakin pasient hər halda cazibə qüvvəsinin əksinə olaraq qolunu bir qədər saxlaya bilir 3 – cazibə qüvvəsinə qarşı müqavimət qətiyyən yoxdur 4 – hərəkət yoxdur
6	Aşağı ətrafların hərəki funksiyası (kürəyi üstə uzanmış pasientin ayağı tədqiqatçı tərəfindən qaldırılaraq 30º bucaq altında müəyyənləşdirilir. Pasientə ayağını bu vəziyyətdə saxlamaq tapşırılır) a. Sol aşağı ətraf b. Sağ aşağı ətraf	0 – pasient ayağını bu vəziyyətdə ən azı 5 saniyə saxlamağa qadirdir 1 – pasient ayağını bu vəziyyətdə saxlamağa qadirdir, lakin ayaq 5 saniyə ərzində aşağı düşür 2 – ayaq dərhal aşağı düşür, lakin pasient hər halda cazibə qüvvəsinin əksinə olaraq ayağını bir qədər saxlaya bilir 3 – cazibə qüvvəsinə qarşı müqavimət qətiyyən yoxdur 4 – hərəkət yoxdur
7	Ətraflarda ataksiya (barmaq-burun və daban-diz sınaqları aparılır. Ataksiya ancaq parezin dərəcəsinə mütənasib olmadığı halda balla qiymətləndirilir)	0 – ataksiya yoxdur 1 – ataksiya ya yuxarı, ya da aşağı ətrafda qeydə alınır 2 – ataksiya həm yuxarı, həm də aşağı ətrafda qeydə alınır
8	Hissiyyat (sancaq vasitəsi ilə tədqiq olunur. Ancaq hemitip üzrə pozulmalar nəzərə	0 – hissiyyat azalması qeydə alınmır 1 – hissiyyatın mülayim dərəcədə azalması qeydə alınır

	alınır)	2 – hissiyyatın ağır dərəcədə azalması ya da tam itməsi qeydə alınır
9	Afaziya (müayinə prosesində pasientin şifahi cavablarına əsasən qiymətləndirilir)	0 – nitq pozulması qeydə alınmır 1 – mülayim dərəcədə afaziya qeydə alınır 2 – ağır dərəcədə afaziya qeydə alınır 3 – nitqin tamamilə olmaması
10	Artikulyasiya	0 – normal 1 – mülayim dərəcədə dizartriya qeydə alınır 2 – ağır dərəcədə dizartriya ya anartriya qeydə alınır
11	«İnkaretmə » sindromu (“neglect” syndrome)	0 – qeydə alınmır 1 – hissəvidir 2 – tamdır

Cədvəl 3. Kəskin işemik insulta şübhə olduğu zaman təxirəsalınmaz diaqnostik müayinələr

Bütün pasiyentlərdə	Baş beynin qeyri-kontrast KT və ya MRT-si Qanda qlükozanın miqdarı Plazma elektrolitləri/ funksional böyrək testləri EKQ Ürəyin işemiyasının markerləri Qanın ümumi analizi, trombositlərin sayı daxil olmaqla* Protrombin zamanı/ beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət (INR)* Tromboplastinin hissəvi aktivləşmə zamanı* Oksigen saturasiyası səviyyəsi

Göstəriş olan pasiyentlərdə	Qara ciyərin funksional testləri Qanda alkoqol səviyyəsi Hamiləlik testi Arterial qanın qaz tərkibi (hipoksiyaya şübhə olduqda) Döş qəfəsinin rentgen müayinəsi (ağ ciyər xəstəliyinə şübhə olduqda) Lumbal punksiya (subaraxnoidal qansızmaya şübhə olduqda və KT nəticələri qanaxma üçün mənfidirsə) Elektroensefaloqrafiya (tutmalara şübhə olduqda)
**Qeyd: rtPA təyin etməzdən əvvəl bu müayinələrin nəticələrini bilmək daha yaxşıdır, lakin aşağıdakı hallar istisna olmaqla testlərin cavablarını gözləmək üçün trombolitik müalicəni təxirə salmaq lazım deyil:* *(1) qanaxmaya və ya trombositopeniyaya şübhə yaradan klinik əlamətlər olduqda,* *(2) pasiyent heparin və ya varfarin almış olduqda, yaxud* *(3) antikoaqulyantlardan istifadə edilib-edilməməsi məlum olmadıqda.*	

DİFFERENSİAL DİAQNOSTİKA

İşemik insult aşağıdakı xəstəliklərdən diferensiasiya edilməlidir:

- ✓ hemorragik insult;
- ✓ kəskin hipertonik ensefalopatiya;
- ✓ kəllə-beyin travması;
- ✓ intrakranial həcmli xəstəliklər (abses, şiş, şişə qansızma və b.);
- ✓ mərkəzi sinir sisteminin kəskin demiyelinizəedici xəstəlikləri;
- ✓ posthipoksik ensefalopatiya;
- ✓ metabolik pozulmalar (hipoqlikemik, hiperqlikemik, qara ciyər və b. somatogen ensefalopatiyalar);
- ✓ ekzogen intoksikasiyalar (dərman, narkotik maddələr);
- ✓ meningit/ensefalit;
- ✓ miqren;
- ✓ epilepsiya;
- ✓ bayılmalar;
- ✓ kranial sinirlərin neyropatiyaları (*Bell* iflici, gözün hərəki

sinirlərinin neyropatiyaları, vestibulyar neyronit);
- ✓ konversion pozulmalar (isteriya nevrozları)

İşemik insultun yuxarıda sadalanan hallarla etibarlı diferensiasiyası üçün çox vaxt neyrovizualizasiya metodlarının (başlıca olaraq KT, bəzi hallarda isə MRT) tətbiqi zəruridir.

İŞEMİK İNSULTUN MÜALİCƏSİ*

A. İnsulta xəstəxanaya qədər olan yanaşma

- ► İnsult olma şübhəsi meydana çıxdıqda ilkin diaqnozun qoyulması və xəstənin müvafiq stasionara çatdırılması üçün xəstə və ya onun ətrafında olan başqa insanlar tərəfindən təcili yardım xidmətinə müraciət edilməsi təkidli şəkildə tövsiyə edilir **(B)**.
- ► Təcili tibbi yardım xidməti həkiminin vəzifələri:
  - ✓ tənəffüs yollarının keçiriciliyini, tənəffüsün və sistem hemodinamikanın adekvatlığını qiymətləndirmək;
  - ✓ vital funksiyaların pozulması, qıcolma paroksizmi, psixomotor oyanıqlıq zamanı insultun diaqnostikası ilə paralel olaraq təxirəsalınmaz tibbi yardımı yerinə yetirmək;
  - ✓ anamnez toplamaq;
  - ✓ nevroloji defisitin olub-olmamasını təyin etmək (bax cədvəl 4)
  - ✓ BQDKP-yə şübhə olduqda vital funksiyaların stabilizasiya olunmasından sonra xəstəni müvafiq stasionara **nəql etmək.**
- ► İnsult həyat üçün təhlükə törədən təxirəsalınmaz vəziyyətdir. Buna görə də BQDKP-yə şübhə olan xəstə, hətta cüzi nevroloji defisit olduqda belə tam müayinə və hospitalizasiya məsələsini müzakirə etmək üçün stasionara çatdırılmalıdır.
- ► Stasionarın qəbul şöbəsinin lazımi resurslarını vaxtında səfərbər etmək məqsədilə təcili yardım xidmətinin həkimi güman olunan insultlu xəstənin çatdırılması haqqında əvvəlcədən xəbərdarlıq etməlidir **(B)**.

*Mövcud protokolda işıqlandırılmış bütün preparatların tətbiqi üzrə tövsiyələr Avropa Nevrologı Cəmiyyətlərin Federasiyası (EFNS) və İnsultun öyrənilməsi üzrə Amerika Assosiasiyasının (ASA) tövsiyələri əsasında verilmişdir. Bu protokolda istifadəsi məsləhət görülən dərman vasitələrdən bəziləri onun tərtib edildiyi dövrdə Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından hələ keçməmişdir.

- İşemik insult zamanı trombolitik terapiyanın terapevtik pəncərəsinin vaxt cəhətdən məhdud olmasını, həm də daha gecikmiş hospitalizasiya zamanı insultun ağırlaşmalarının sayının əhəmiyyətli dərəcədə artması və xəstəliyin proqnozunun pisləşməsi faktını nəzərə alaraq, pasiyentin stasionara çatdırılmasının **optimal müddəti xəstəliyin baş verdiyi vaxtdan sonrakı ilk 2 saatdır**.
- Güman edilən insultlu pasiyentin nəql edilməsi xəstənin ağırlıq vəziyyətinin dərəcəsindən asılı olmayaraq, ancaq uzanıqlı vəziyyətdə olmalıdır.
- Pasiyentin çatdırıldığı stasionarın profili ehtimal edilən diaqnozla müəyyən olunur:
  - ✓ İşemik insult – işemik insultlu pasiyentlərə yardım göstərilməsi üçün ixtisaslaşmış nevroloji şöbəsi olan stasionar.
  - ✓ Hemorragik insult – neyrocərrahi şöbəsi olan stasionar.
- Təcili tibbi yardım xidmətinin həkimi tərəfindən yerinə yetirilməlidir:
  - ✓ Tənəffüs yollarının keçiriciliyinin qiymətləndirilməsi və ehtiyac olduqda onun bərpa olunması və ağciyərlərin adekvat ventilyasiyasının təmin edilməsi (göstəriş olduqda traxeyanın intubasiyası və xəstənin STA-ya qoşulmasına qədər)
  - ✓ Puls-oksimetriya aparılması və saturasiyanın səviyyəsinin < 92% olması zamanı endonazal kateterlərlə (nazal borular) 2-4 L/dəq sürətlə oksigen verməklə əlavə oksigenasiyanın aparılması
  - ✓ EKQ və ürək funksiyalarının monitorinqi
  - ✓ Strip-testlə qlükozanın qanda miqdarının təyini
  - ✓ Venoz kateterin qoyulması
- AT-nin həddən artıq endirilməsi məsləhət deyil. Güman edilən BQDKP olan xəstələrdə AT-nin endirilməsi AT göstəricilərinin 180/105 mm c. süt.-dan yuxarı olduğu hallarda aparılır. İnsultun ilk sutkalarında AT-nin başlanğıc göstəricilərdən 15%-dən çox endirilməsi məsləhət görülmür **(D)**.
- Hipotonik məhlulların (NaCl 0,45%, qlükoza 5%) infuziyası əks-göstərişdir.

Cədvəl 4. İnsultun xəstəxanaya qədər qiymətləndirilməsi üçün Sinsinatti insult şkalası

(hər üç əlamətin qeyri-normal olması insultun mövcudluğunu göstərir, əlamətlərdən heç olmasa biri qeyri-normaldırsa, insulta şübhə yaranır və pasiyent təcili şəkildə xəstəxanaya çatdırılmalıdır)

Üz əzələləri	*Normal:* Hər iki tərəfdə üz əzələləri eyni dərəcədə hərəkət edir *Qeyri-normal:* Üzün bir tərəfində əzələlər digər tərəfdəki kimi hərəkət etmir
Qolların hərəkəti	*Normal:* Hər iki qol eyni dərəcədə hərəkət edir və ya tamamilə hərəkət etmir *Qeyri-normal:* Bir qol tamam hərəkət etmir və ya digərinə nisbətən tez aşağı düşür
Nitq	*Normal:* Sözləri düzgün deyir, anlaşılmaz nitq yoxdur *Qeyri-normal*: Anlaşılmaz sözlər, sözləri düzgün demir və ya danışa bilmir

B. İnsulta xəstəxana daxilində ümumi yanaşma

"Ümumi müalicə" termini altında insultun nəticələrinə mənfi təsir göstərə biləcək sistem problemlərinə nəzarət etmək üçün kritik xəstələrin vəziyyətini sabitləşdirməyə və tətbiq oluna biləcək spesifik müalicə üsulları üçün optimal fizioloji bazis təmin etməyə yönəlmiş müalicə strategiyaları nəzərdə tutulur. İnsultlu xəstələrdə tətbiq olunan ümumi tədbirlərə aşağıdakılar aiddir:

- Tənəffüs sisteminə nəzarət
- Ürək-damar sisteminə nəzarət
- Maye və metabolik balansın qorunması
- Arterial təzyiqin nəzarətdə saxlanması

Ağ ciyər funksiyası və tənəffüs yolları:

- Kəskin insultlu xəstə, xüsusən yuxu zamanı, puls-oksimetr ilə monitorlanmalıdır (hədəf oksigen saturasiyası səviyyəsi ≥ 92%) **(D)**.
- Hipoksemiya ortaya çıxarsa, xəstəyə endonazal kateterlə 2-4 L/dəq sürətində O_2 verilməsi tövsiyə edilir **(D)**.

- İşemik insultlu xəstə hipoksik deyilsə, oksigen terapiyasına ehtiyac yoxdur **(B)**.
- Hiperbarik oksigen terapiyasının istifadə edilməsi mübahisəlidir və bəzi məlumatlara əsasən müdaxilənin özü təhlükəli ola bilər. Buna görə də, insult hava emboliyası nəticəsində ikincili olaraq inkişaf etməyibsə, bu müdaxilə kəskin işemik insultlu xəstələrə tövsiyə olunmur **(B)**.
- Geri dönməsi mümkün olan tənəffüs çatışmazlığı halında traxeyanın intubasiyası məsləhət görülür (şüurun pozulmasına və / və ya tənəffüs yolları keçiriciliyinin pozulmasına səbəb olan bulbar disfunksiya başlayan xəstələrdə) **(D)**

Ürək-damar sistemi:

- Qulaqcıqların fibrillyasiyası və təcili kardioloji tədbirlərə ehtiyac yarada biləcək digər ciddi ürək aritmiyalarına nəzarət edə bilmək məqsədi ilə kardioloji monitorinq aparılması lazımdır. Kardioloji monitorinqin işemik insultun başlamasından sonrakı ilk 24 saatlıq dövr ərzində aşağıda göstərilən xəstələrdə aparılması tövsiyə edilir:
  - ✓ keçirilmiş kardioloji xəstəliyin mövcudluğu
  - ✓ qeyri-sabit qan təzyiqi
  - ✓ ürək çatışmazlığının klinik göstəriciləri və ya əlamətləri
  - ✓ başlanğıcda anormal EKQ
  - ✓ insulyar korteksi tutan beyin infarktı

Maye və elektrolit balansı:

- Maye və elektrolit pozğunluğunun gündəlik monitorinqi və korreksiyası tövsiyə edilir.
- Beyin ödeminin mövcudluğu zamanı zəif mənfi maye balansı məsləhət görülür. Plazma osmolyarlığının azalmasından sonra beyin ödeminin artması riskinə görə hipotonik məhlullar (NaCl 0.45% və ya qlükoza 5%) əks-göstərişdir.

Arterial hipertenziya:

- Arterial hipertenziyanın müalicəsi ilə bağlı məsələ mübahisəli olaraq qalmaqdadır. Xəstələrin çoxunda qan təzyiqi insultun başlanğıcından 24 saat sonra öz-özünə aşağı düşür. Daha konkret məlumatlar əldə edilənə qədər arterial hipertenziyanın müalicəsində ehtiyatlı olmaq tövsiyə olunur **(D)**. Qan təzyiqinin

endirilməsi üçün **aşkar ifadə olunmuş antihipertenziv** müalicə göstərişi olan digər xəstələr (hipertenziv ensefalopatiya, aorta disseksiyası, kəskin böyrək çatışmazlığı, kəskin miokard infarktı, trombolizis və ya heparinlə müalicə) müvafiq müalicə almalıdır.

- Ümumiyyətlə, qan təzyiqi əhəmiyyətli dərəcədə artmış xəstələrdə təzyiq aşağı salına bilər. İnsultun başlanğıcından sonra ilk 24 saat ərzində qan təzyiqinin endirilməsi üçün hədəf 15% təşkil etməkdədir. Antihipertenziv müalicənin başlanması üçün göstəriş olan qan təzyiqi səviyyəsi dəqiq olaraq bilinməməkdədir, lakin işemik insultda sistolik təzyiq >200-220 mm c.süt., diastolik təzyiq >120 mm c.süt. **(D)** və hemorragik insultda >180/105 mm c. süt. **(D)** olana qədər müalicəyə başlamamaq haqqında fikir birliyi mövcuddur. Arterial hipertenziyanın erkən müalicə edilməsinin insult nəticələrinə təsirini araşdıran tədqiqatlar davam etməkdədir.
- Qan təzyiqi yüksəlmiş və rtPA müalicəsi üçün uyğun olan xəstələrdə trombolitik terapiya başlanmazdan əvvəl sistolik qan təzyiqi ≤185 və diastolik qan təzyiqi ≤110 mm c.süt. olana qədər aşağı salınmalıdır **(B)**. rtPA müalicəsi başlanmazdan əvvəl qan təzyiqinin aşağı səviyyələrdə sabitləşdiyinə əmin olmaq lazımdır və intravenoz rtPA yeridilməsinə qədər ən azı 24 saat ərzində təzyiq 180/105 mm c.süt.-dan aşağı olmalıdır. İnsultun meydana çıxmasından sonra rtPA ilə müalicə çox tez başlamalıdır və buna görə də yuxarıda göstərilənlərdən daha yüksək səviyyədə davamlı hipertenziyası olan xəstələrə intravenoz rtPA müalicəsi aparıla bilmir.
- İntra-arterial trombolizis kimi tıxanmış damarları açmaq üçün tətbiq edilən digər kəskin müdaxilələrin planlaşdırıldığı xəstələrdə də yuxarıda göstərilən qan təzyiqi səviyyələrinə riayət etmək tövsiyə edilir **(D)**.
- Arterial hipertenziyanın müalicəsi üçün tövsiyə olunan dərmanlar: intravenoz – labetalol və ya urapidil, nikardipin, natrium-nitroprussid; oral – kaptopril **(D)**.
- Nifedipin tətbiqindən və qan təzyiqinin kəskin azalmasından çəkinmək lazımdır **(D)**.
- Daha əvvəl hipertenziyası olan və işemik insultdan sonra spesifik əks-göstərişi olmayan nevroloji sabit xəstələrdə təkrari

uzunmüddətli antihipertenziv müalicə xəstəliyin meydana çıxmasından 24 saat sonra başlanmalıdır **(C)**.

Arterial hipotenziya:

- Kəskin insult zamanı ortaya çıxan hipotenziyanın səbəbi araşdırılmalıdır. Hipovolemiya fizioloji məhlulla aradan qaldırılmalıdır və ürəyin dəqiqəlik vurma həcmini azalda biləcək aritmiyalar müalicə olunmalıdır **(D)**. Ürəyin dəqiqəlik vurma həcminin azalması zamanı inotrop (dopamin, dobutamin) preparatların təyini lazım gələ bilər.
- Lakin kəskin işemik insultlu xəstələrdə dərmanlardan irəli gələn arterial hipertenziyanı (yatrogen hipertenziyanı) yaratmaq məsləhət görülmür **(B)**.

Bədən hərarəti:

- Hərarəti olan insultlu xəstələrdə səbəb araşdırılmalı və hərarəti aşağı salmaq üçün antipiretik dərmanlardan istifadə edilməlidir **(D)**. ≥37,5°C temperaturun endirilməsi məsləhət görülür **(D)**. Asetaminofen (parasetamol) kimi dərmanlar bədən hərarətini yaxşı sala bilər.
- İmmun sistemi normal olan xəstələrdə antibakterial, antimikotik və antiviral profilaktikaya ehtiyac yoxdur.

Hipoqlikemiya:

- Kəskin işemik insultu olan xəstələrdə hipoqlikemiyanın müalicə olunması mövzusunda ortaq razılıq mövcuddur **(D).** Hədəf normoqlikemiya olmalıdır.

Hiperqlikemiya:

- İşemik insultlu xəstələrdə qanda qlükoza səviyyəsinə nəzarət olunmalıdır (xüsusilə də diabetik xəstələrdə) **(D)**.
- Serum qlükoza səviyyəsi >10 mmol/L olan xəstələrin insulinlə müalicə edilməsi məsləhət görülür **(D)**.

C. İşemik insultun spesifik müalicə üsulları

Trombolitik terapiya: venadaxili və arteriyadaxili trombolizis

Venadaxili trombolizis:

- Venadaxili rtPA (0,9 mq/kq, maksimal doza 90 mq, dozanın 10%-i bir dəfəyə verildikdən sonra yerdə qalanı 60 dəqiqə müddətində infuziya şəklində yeridilir) işemik insultun

başlanğıcından sonrakı 3 saat ərzində uyğun gələn xəstələrin müalicəsi üçün tövsiyə edilir **(A)**. Xəstənin uyğun olmasını təyin etmək üçün cədvəl 5-də verilən meyarlar həkim tərəfindən gözdən keçirilməlidir.

- Antihipertenziv dərmanlarla qan təzyiqi təhlükəsiz olaraq aşağı salına bilən xəstələr müalicə üçün uyğun sayıla bilər və həkim rtPA təyin etməzdən əvvəl qan təzyiqinin sabitliyinə əmin olmalıdır **(C)**. rtPA qəbul edəcək xəstə üçün davamlı natrium-nitroprussid infuziyası tələb olunan yüksək qan təzyiqi yetərli dərəcədə sabit sayılmaya bilər. Vaxt məhdud olduğundan qan təzyiqi əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olan xəstələrin çoxu lazımi səviyyədə hazırlana bilmir və trombolizislə müalicə edilmir.
- İnsultun başlaması zamanı qıcolma tutmaları olan xəstə trombolitik müalicə üçün o halda uyğun sayıla bilər ki, nevroloji defisitin insulta ikincili olaraq ortaya çıxması və postiktal fenomen olmadığı təsdiq edilsin **(D)**.
- Trombolizisin qanaxma ağırlaşmalarından əlavə, həkim tənəffüs yolunu qismən tıxaya biləcək angioödemin potensial yanaşı təsirlərindən də xəbərdar olmalıdır **(D)**.
- İnsultun müalicəsi üçün venadaxilinə streptokinaza yeridilməsi tövsiyə edilmir **(A)**.
- Ankrod, tenekteplaza*, reteplaza*, desmoteplaza*, urokinaza* və klinik araşdırmaların xaricində olan digər trombolitik vasitələrin venadaxili yeridilməsi tövsiyə edilmir **(D)**.

Arteriyadaxili trombolizis:

- Arteriyadaxili trombolizis orta beyin arteriyasının 6 saatdan daha az tıxanması ilə bağlı iri ocaqlı insult keçirmiş və venadaxili rtPA üçün uyğun olmayan seçilmiş xəstələrdə müalicə üsuludur **(B)**.
- Yaxın zamanda keçirilmiş cərrahiyə əməliyyatı kimi venadaxili trombolizis üçün əks-göstərişi olan xəstələrdə arteriyadaxili trombolizis müvafiq seçimdir **(D)**.
- Arteriyadaxili trombolizisin mövcudluğu uyğun olan xəstələrdə venadaxili rtPA istifadəsini əngəlləməməlidir **(D)**.
- Müalicə üçün xəstənin təcili serebral angioqrafiya olunması və

* Klinik protokolun tərtib edildiyi dövrdə Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi.

təcrübəli mütəxəssisləri olan ixtisaslaşmış insult mərkəzində yerləşdirilməsi şərtdir.

Cədvəl 5. rtPA ilə müalicəyə uyğun gələn işemik insultlu pasiyentlərin xüsusiyyətləri

- Ölçülə bilən nevroloji defisit yaradan işemik insult diaqnozu
- Nevroloji simptomlar öz-özünə keçib getməməlidir
- Nevroloji əlamətlər yüngül deyil
- Ağır nevroloji defisiti olan pasiyentlərin müalicəsində ehtiyatlı olmaq lazımdır
- İnsultun əlamətləri subaraxnoidal qansızma haqqında düşünməyə əsas vermir
- Müalicə, əlamətlərin meydana çıxmasından <3 saat ərzində başlanmalıdır
- Əvvəlki 3 ay ərzində başın travması və ya insult olmayıb
- Əvvəlki 3 ay ərzində miokard infarktı olmayıb
- Əvvəlki 21 gün ərzində mədə-bağırsaq traktı və sidik yollarından qanaxma olmayıb
- Əvvəlki 14 gün ərzində böyük cərrahiyyə əməliyyatı olunmayıb
- Əvvəlki 7 gün ərzində qeyri-bükücü səthdə arterial punksiya aparılmamışdır
- Anamnezdə kəllədaxili qansızma haqqında məlumat yoxdur
- Arterial təzyiq yüksək deyil (sistolik ≤ 185 mm c.süt., diastolik ≤ 110 mm c.süt.)
- Müayinə zamanı aktiv qanaxma və ya travma (sınıq) ilə bağlı dəlillər yoxdur
- Oral antikoaqulyant qəbul olunmayıb, əgər qəbul edilibsə, INR ≤ 1,7
- Əvvəlki 48 saat ərzində heparin alıbsa, tromboplastinin hissəvi aktivləşmə zamanı normal səviyyədə olmalıdır
- Trombositlərin sayı ≥100 000 mm^3
- Qanda qlükoza miqdarı ≥ 50 mq/dL (2,7 mmol/L)
- Postiktal qalıq nevroloji əlamətlər verən tutma yoxdur
- KT müayinəsi multilobar infarkt (aşağı sıxlıq >1/3 beyin yarımkürəsi) göstərmir
- Pasiyent və ya ailə üzvləri müalicənin potensial risk və faydasının başa düşürlər

Cərrahi və endovaskulyar müalicə:

- İşemik insultun kəskin dövründə endarterektomiya və digər cərrahi manipulyasiyaların effektivliyi və təhlükəsizliyi ilə bağlı hal-hazırda kifayət miqdarda etibarlı məlumat mövcud olmadığından, onların tətbiqi tövsiyə edilmir.
- İşemik insultun kəskin dövründə endovaskulyar manipulyasiyaların effektivliyini təsdiq edən birmənalı tövsiyələr mövcud deyil. Arteriyadaxili trombun MERCI cihazı ilə çıxarılması ilə bağlı müdaxilənin tətbiqinin nəticələri nisbətən daha perspektivlidir, lakin manipulyasiyanın effektivliyi sübut olunmayıb **(C)**.
- Serebral arteriyalarda stentli və ya stentsiz angioplastika tətbiqinin müsbət nəticələr verdiyinə dair məlumatlar mövcud deyil, tədqiqatlar davam etməkdədir, nəticələr birmənalı deyil.
- Hal-hazırda rekanalizasiyaedici tədbirlərin birlikdə istifadəsi (məsələn, endovaskulyar müdaxiləyə əlavə olaraq arteriyadaxili trombolizis) klinik tədqiqat mərhələsindədir **(B)**.

Antikoaqulyantlar və antiaqreqantlar

Antikoaqulyantlar

- Kəskin arterial işemik insultdan sonra erkən təkrari insultun qarşısını almaq, nevroloji pisləşməni əngəlləmək və ya nəticələri yaxşılaşdırmaq məqsədilə təcili antikoaqulyasiya (məsələn, heparin, aşağı molekullu heparin və ya heparinoidlərin istifadəsi) kəskin işemik insultlu xəstələrin müalicəsi üçün tövsiyə edilmir **(A)**. İri arteriyanın trombozu və ya kardioemboliya nəticəsində ikincili olaraq əmələ gəlmiş infarktları olan xəstələrin müalicəsində erkən (3 saat) venadaxili antikoaqulyant tətbiqinin faydalı olduğunu göstərən məlumatlar mövcud deyil. Uyğun olan xəstələrin müalicəsi üçün venadaxili trombolizisin əvəzinə təcili antikoaqulyasiya tövsiyə edilmir **(A)**.
- Ciddi intrakranial hemorragik ağırlaşmaların riski artdığı üçün iri ocaqlı insult zamanı təcili antikoaqulyasiya tövsiyə edilmir **(A)**.
- Venadaxili rtPA müalicəsi zamanı ilk 24 saat ərzində antikoaqulyant verilməsi tövsiyə edilmir **(B)**.

Baxmayaraq ki, kifayət qədər inandırıcı məlumatlar yoxdur,

EUSI aşağıda göstərilən vəziyyətlərdə maksimal dozalarda heparin* istifadəsinin mümkünlüyünü tövsiyə etməkdədir **(D)**:

- ► Təkrar emboliya riski yüksək olan ürək mənşəli emboliya ilə bağlı (süni qapaq, atrial fibrillasiya, mural tromblu Mİ, sol qulaqcığın trombozu) insultlarda
- ► C və S zülalının çatışmazlığı, APC-rezistentliyi kimi koaqulopatiyalar
- ► Arterial disseksiya
- ► Venoz sinusun trombozu

** Böyük ocaqlı infarktlar (OBA hövzəsinin 50%-dən çoxu), nəzarət edilə bilinməyən arterial hipertenziya heparinin istifadəsi üçün əks-göstərişdir.*

Antiaqreqantlar:

- ► İnsultun başlanğıcından 24-48 saat ərzində xəstələrin bir çoxunun müalicəsində peroral aspirin (başlanğıc dozası 325 mq) tövsiyə edilir **(A)**.
- ► Aspirin insult müalicəsi üçün tətbiq edilən venadaxili rtPA yeridilməsi kimi digər müdaxilələri əvəz etməməlidir **(B)**.
- ► Trombolitik müalicənin ilk 24 saatı ərzində köməkçi müalicə olaraq aspirin verilməsi tövsiyə edilmir **(A)**.
- ► Kəskin işemik insultda təkcə və ya aspirinlə birlikdə klopidoqrel verilməsi tövsiyə edilmir **(D)**. Ancaq aspirinə qarşı allergiyası olan pasiyentlərə klopidoqrel (75 mq gündə bir dəfə) təyin oluna bilər.

Hemodilyusiya:

- ► Hemodilyusiya və qanın həcminin artırılması kəskin işemik insultlu xəstələrdə tövsiyə edilmir **(A)**.

Vazodilyatatorlar:

- ► Kəskin işemik insultlu xəstələrin müalicəsində pentoksifillin kimi preparatların istifadəsi tövsiyə edilmir **(A)**.

Neyroprotektorlar:

- ► Hal-hazırda insultdan sonra nəticələri yaxşılaşdırmaqda effektiv olan və neyroprotektiv kimi qəbul edilən müdaxilə müəyyən edilməmişdir, buna görə də onların heç biri tövsiyə edilə bilmir **(A)**.

İŞEMİK İNSULTUN KƏSKİN DÖVRDƏ AĞIRLAŞMALARI

İşemik insultun kəskin dövrdə ən tez-tez rast gəlinən ağırlaşmaları aşağıdakılardır:

- ► Beyin ödemi və kəllədaxili təzyiqin artması
- ► İşemik insultun hemorragik transformasiyasi
- ► Epileptik qıcolma tutmaları
- ► Aspirasiya və pnevmoniya
- ► Sidik yollarının infeksiyası
- ► Pulmonar emboliya və dərin venaların trombozu (DVT)
- ► Yataq yaraları

Baş beynin işemik ödemi və kəllədaxili təzyiqin artması

Beyin ödemi insultun simptomlarının əmələ gəlməsindən sonra ilk 2-4 gün ərzində adətən orta beyin arteriyasının (və ya digər iri serebral arteriyaların) kötüyünün okklüziyası ilə əlaqədar inkişaf edir və pasiyentin vəziyyətinin erkən və ya gecikmiş klinik pisləşməsinin əsas səbəbidir.

Beyin ödeminin və kəllədaxili təzyiqin artmasının klinik və/ və ya neyrovizualizasiya əlamətləri mövcud olduqda aşağıdakılar yerinə yetirilməlidir:

- ► Pasiyentin baş hissəsini, boyunu əyməmək şərti ilə, 30º qaldırmaq
- ► Ağrının qarşısının alınması və yüngülləşdirilməsi
- ► Normal oksigenasiyanın saxlanılması
- ► Bədən temperaturunun normallaşdırılması
- ► AT-nin həddən artıq enməsindən, xüsusən də serebral vazodilyatasiyaya səbəb olan preparatların tətbiqindən çəkinmək

Tövsiyələr:

- ✓ İri ocaqlı yarımkürə və ya beyincik infarktı olan pasiyentlər baş beyin ödemi inkişafı və KDT-nin artmasının yüksək riskinə malikdirlər **(B)**. Bir çox stasionarlarda vaxtında neyrocərrahi müdaxilənin edilməsi mümkün olmadığından, bədxassəli beyin ödeminin yaranma riski olan pasiyentlərin neyrocərrahi şöbəsi olan xəstəxanaya köçürülməsi məqsədəuyğundur.
- ✓ Baş beynin işemik ödemi nəticəsində vəziyyəti pisləşən

pasiyentlərə osmoterapiya (mannitol, qliserol) məsləhət görülsə də, onun effektivliyi sübut olunmamışdır **(D)**. Hiperventilyasiya – qısamüddətli effekt verən müdaxilədir. Göstərilən müalicə metodları dekompressiv cərrahi müdaxilədən əvvəl müvəqqəti tədbirlər kimi istifadə oluna bilərlər.

- ✓ Beyin kötüyünün kompressiyasına səbəb olan iri beyincik infarktları zamanı ventrikulostomiya və ya cərrahi dekompressiyanın aparılması özünü doğrultmuşdur **(C)**.
- ✓ Beyin yarımkürəsində infarktla əlaqədar baş beynin bədxassəli ödemi zamanı cərrahi dekompressiya həyati vacib müdaxilə ola bilər. Xəstənin yaşı və infarktın lokalizasiya tərəfi (dominant və ya dominant olmayan yarımkürədə olması) cərrahi müdaxilənin aparılması haqda qərar qəbul etməyə təsir edə bilər. Cərrahi müdaxilənin ağır vəziyyətdə olan pasiyentlərə məsləhət görüldüyünə baxmayaraq, həkim pasiyentin ailəsini metodun mümkün nəticələri barədə, o cümlədən də pasiyentin ağır əlil olaraq yaşamasının mümkünlüyü haqda məlumatlandırmalıdır **(C)**.
- ✓ Beyin ödemi və yüksək KDT-nin müalicəsi üçün kortikosteroidlərin təyini onların effektivliyi sübut olunmadığına və işemik insultun infeksion ağırlaşmaları riskinin artma ehtimalına görə tövsiyə edilmir **(A)**.

İşemik insultun hemorragik transformasiyası

Nekrozlaşmış toxumaya ikincili qansızma və ya baş beyin infarktının hemorragik transformasiyası (HT) bir qayda olaraq böyük və orta ölçülü infarktlar zamanı inkişaf edir və çox vaxt diaqnostika və müalicəsi çətin olan insultun ağırlaşmasıdır. HT-nin həqiqi rast gəlmə tezliyini təyin etmək praktiki olaraq mümkün deyil, çünki onların çoxu asimptomatik olaraq keçir.

- ► Beyin infarktının asimptomatik hemorragik transformasiyası olan xəstələrin müalicəsinə aid heç bir spesifik tövsiyə yoxdur **(D)**. Trombolitik terapiyanın və ya serebral perfuziyanın yaxşılaşdırılmasına yönəlmiş tədbirlərin yerinə yetirilməsi, mümkün hemorragik ağırlaşmalarının azaldılması məqsədi ilə arterial təzyiqə diqqətli nəzarət məsləhət görülür.

Epileptik qıcolma tutmaları

Bir qayda olaraq epileptik tutmalar insult baş verəndən sonra ilk 24 saat ərzində inkişaf edir və adətən ikincili generalizasiyalı və ya generalizasiya olmamış parsial tutmalarla özünü göstərir. Postinsult epilepsiya işemik insult keçirmiş pasiyentlərin 3-4%-ində rast gəlinir. Müalicə üçün standart yanaşma istifadə edilir – epilepsiya əleyhinə preparatların v/d və ya peroral təyini.

Tövsiyələr:

- ✓ İşemik insultun qıcolma sindromu ilə ağırlaşması zamanı təkrari qıcolma tutmalarının profilaktikası məqsədilə antikonvulsantların təyini təkidlə tövsiyə edilir **(C)**.
- ✓ Qıcolma sindromu ilə ağırlaşmamış insult zamanı antikonvulsantların profilaktik məqsədlə təyini məsləhət görülmür **(D)**.

Aspirasiya və pnevmoniya

Çox vaxt aspirasiyanın nəticəsi olan bakterial pnevmoniya işemik insultun tez-tez yaranan fəsadlarından biridir. Aspirasiya çox vaxt huşun aşağı səviyyəsi fonunda yarandığı kimi, udmanın və öskürmənin pozulması fonunda da yaranır.

Tövsiyələr:

- ✓ Aspirasion pnevmoniyanın qarşısını almaq məqsədi ilə pasiyenti ağızdan qidalandırmağa başlamazdan əvvəl udmanın və öskürək refleksinin saxlanıldığına əmin olmaq lazımdır **(B)**.
- ✓ Ürəkbulanma və qusmanın aradan qaldırılmasına yönəldilmiş tədbirlər aspirasion pnevmoniyanın yaranma riskini azalda bilər.
- ✓ Pnevmoniyanın yaranmasının profilaktikası üçün tənəffüs hərəkətlərindən (dərin tənəffüs) və xəstənin erkən mobilizasiyasından istifadə olunur **(D)**.
- ✓ Qidanı peroral qəbul edə bilməyən pasiyentlər, udqunma aktının bərpa olunmasına qədər olan dövrdə nazoqastral, nazoduodenal və ya PEG-qidalanma ilə təmin olunmalıdırlar **(C)**.
- ✓ Nazoqastral və ya PEG-qidalanma aspirasion pnevmoniyanın profilaktikası üçün əhəmiyyətli ola bilər. Amma bu tədbirlər

aspirasion pnevmoniyanın yaranmasının tam qarşısını almır **(D)**.

- ✓ Pnevmoniyası olan xəstələrə antibiotikoterapiya təyin edilməlidir **(B)**.
- ✓ Pnevmoniyanın profilaktikası məqsədi ilə antibiotiklərin təyini məsləhət görülmür **(B)**.

Sidik yollarının infeksiyası

İnsultlu xəstələrdə kəskin dövrdə tez-tez sidik yollarının infeksiyası inkişaf edir.

Tövsiyələr:

- ✓ Sidik ifrazının ləngiməsi zamanı çox vaxt daimi sidik kateterlərindən və ya qasıqüstü sidik kisəsi kateterizasiyasından istifadə edilir. Bəzən sidik kisəsinin periodik kateterizasiyasından istifadə etmək lazım gəlir, sidik saxlamama zamanı isə kondom kateterlərdən və ya "pamperslərdən" istifadə etmək daha yaxşıdır. Əgər mümkündürsə, sidik yollarının infeksiyalaşması riskini nəzərə alaraq, sidik kisəsinin uzunmüddətli daimi kateterizasiyasından daşınmaq lazımdır **(D)**.
- ✓ Antibiotiklərə qarşı rezistenliyin inkişaf etməməsi üçün profilaktik antibiotikoterapiyanın aparılması tövsiyə edilmir **(B)**.
- ✓ Sidik yollarının infeksiyası inkişaf etmiş xəstələrdə müvafiq antibiotikoterapiyanın aparılması lazımdır **(B)**.

Pulmonar emboliya və dərin venaların trombozu

İnsult nəticəsində ölüm səbəblərinin 25%-ini pulmonar emboliya təşkil edir. Embolların mənbəyi çox vaxt iflic olmuş aşağı ətrafların dərin venalarının və çanaq venalarının trombları olur. Dərin venaların trombozunun inkişaf riskini azaldan tədbirlər aşağıdakılardır:

- ► xəstənin erkən mobilizasiyası
- ► erkən rehidratasiya
- ► ayaqların 6-10º qaldırılması
- ► antitrombotik preparatlar
- ► xarici kompression vasitələrdən istifadə (elastik corablar, pnevmatik kompression corablar və s.)

Dərin venaların trombozu zamanı heparinoterapiya əks-göstərişdirsə, ağ ciyər arteriyası emboliyasının profilaktikası üçün aşağı boş venada damar filtri qoyulmalıdır.

Tövsiyələr:

- ✓ Dərin venaların trombozu və pulmonar emboliya riski yüksək olan xəstələrdə əks-göstəriş yoxdursa, profilaktik məqsədlə fraksiyalaşdırılmamış heparinin (5000 TV 12 saatdan bir d/a) və ya aşağı molekullu heparinlərin (məs: enoksiparin 40 mq x 1 dəfə d/a) kiçik dozalarda təyini məsləhət görülür **(B)**. Aşağı molekullu heparinlərin fraksiyalaşdırılmamış heparinə nisbətən daha effektiv və nəzəri olaraq hemorragik ağırlaşmalar baxımından daha təhlükəsiz olması ehtimal edilir.
- ✓ Aspirin də dərin venaların trombozunun profilaktikası üçün istifadə edilə bilər, amma antikoaqulyantlara nisbətən az effektlidir **(B)**.
- ✓ Antikoaqulyantın təyin edilməsinə əks-göstəriş olan xəstələrdə dərin venaların trombozunun profilaktikası üçün aşağı ətraflarda növbələnən kompressiya yaradan mexaniki vasitələrdən istifadə olunması tövsiyə edilir **(C)**.

Yataq yaraları

Çarpayıya "bənd edilmiş" xəstələrdə yataq yaraları insultun tez-tez rast gəlinən ağırlaşmalarıdır. Yataq yaralarının profilaktikası aşağıdakı tədbirləri əhatə edir:

- ► ancaq tarım dartılmış döşəkağlarından istifadə
- ► pasiyentin dəri örtüklərinin quruluğunun təminatı, əsasən də sidik və nəcis saxlamama zamanı
- ► hər 1-2 saatdan bir pasiyentin vəziyyətinin dəyişdirilməsi
- ► hava döşəklərindən istifadə

Əgər yerli terapiya ilə yataq yaraları reqressiya olunmurlarsa, bir neçə gün müddətində antibiotikoterapiya aparıla bilər, lazım gələrsə, yaralar cərrahi işlənə bilər.

İŞEMİK İNSULT KEÇİRMİŞ PASİYENTLƏRİN REABİLİTASİYASI

İnsultdan sonra nevroloji funksiyaların bərpası üzrə əlaqələndirilmiş reabilitasiya proqramlarının həyata keçirilməsi məqsədəuyğundur. Reabilitasiyanın məqsədi pasiyentin fiziki və psixoloji funksional qabiliyyətlərinin mümkün dərəcədə bərpasına nail olmaqdır. Reabilitasiyanın səmərəli şəkildə həyata keçirilməsi üçün müxtəlif mütəxəssislərin səyi zəruridir. İnsult keçirmiş xəstələrin reabilitasiyasında mütəxəssis-reabilitoloqla yanaşı fizioterapevt, peşə reabilitasiyası üzrə həkim, psixoloq və sosial sahənin işçisi iştirak etməlidirlər.

- ► Reabilitasiya tədbirlərini mümkün qədər tez başlamaq vacibdir **(A)**. Passiv fiziki hərəkətlər nevroloji defisitin sabitləşdirilməsindən dərhal sonra (əks-göstərişlər olmadıqda bir qayda olaraq insultun başlanmasından sonrakı 2-ci gündən) həyata keçirilməlidir.
- ► Passiv reabilitasiya da daxil olmaqla erkən fiziki reabilitasiya pnevmoniya, dərin venaların trombozu, yataq yaraları **(D)**, həmçinin kontraktura, artralgiya kimi insultun ağırlaşmalarının qarşısını alır.

İŞEMİK İNSULTUN İKİNCİLİ PROFİLAKTİKASI

Həyat tərzi dəyişikliyi və risk faktorlarının modifikasiyası

- ► Antihipertenziv müalicə
  - ✓ İşemik insult və tranzitor işemik hadisədən sonra kəskin dövrdə olmayan pasiyentlərdə qan təzyiqi (səviyyəsindən asılı olmayaraq) aşağı salınmalıdır **(A)**. Optimal qan təzyiqi ölçüsü 120/80 mm c.s. səviyyəsində olmalıdır **(B)**. Antihipertenziv dərman vasitələri arasında ilk seçim kimi AÇF inhibitorları və ya ARB, diuretiklər məsləhət görülməkdədir **(A)**. Digər qrup dərman vasitələrinin qan təzyiqini azaltmaqda effektivliyi aparılan tədqiqatlarla sübuta yetirilməmişdir **(B)**.
- ► Antihiperlipidemik müalicə
  - ✓ İşemik insult və ya tranzitor işemik hadisə keçirmiş xəstələrdə aclıq lipid paneli ümumi qəbul olunmuş qaydaya görə təqib olunmalı, hədəf dəyərlər birincili profilaktikada

yüksək riskli xəstələrdə olduğu kimi planlanmalıdır **(A)**. Bu məqsədlə statin qrupu dərman vasitələri məsləhət görülməkdədir **(A)**.

- ► Siqaret çəkmə
  - ✓ Anamnezində işemik insult və ya tranzitor işemik hadisə olan və siqaret çəkən xəstələrə tütündən istifadə etməmək üçün məsləhətlər verilməlidir **(D)**.
- ► Hormon əvəzedici müalicə
  - ✓ Hormon əvəzedici müalicənin işemik insultun ikincili profilaktikası məqsədilə postklimakterik dövrdə olan qadınlarda istifadəsi tövsiyə edilmir **(C)**.

Antiaqreqant preparatlar və antikoaqulyasiya

Antiaqreqant dərman vasitələrinin antikoaqulyantlar qədər təkrari işemik insult riskinin azaldılmasında effektivliyi sübut olunmuşdur **(A)**. Təkrari işemik insult və digər vaskulyar hadisələrin qarşısının alınması üçün uyğun antiaqreqant müalicə aparılmalıdır **(A)**. Aspirin (50-325 mq) təkrari insult riskinin azaldılması üçün tövsiyə edilir **(A)**. İlk növbədə aspirin (50 mq) və uzun təsirli dipiridamol (200 mq-dn gündə iki dəfə) kombinasiyasını təyin etmək məsləhət görülməkdədir **(A)**. Bu kombinasiya tək aspirinin və ya tək dipiridamolun təsirindən iki dəfə daha çox effektivdir.

Gələcək vaskulyar hadisələrin profilaktikası üçün klopidoqrel (75 mq) asetilsalisil turşusundan (aspirin) bir qədər daha effektivdir **(A)**. Bu dərman vasitəsi da ilk seçim olaraq və ya aspirinə qarşı tolerantlığı olmayan yüksək riskli xəstələr üçün düşünülə bilər **(C)**. Aspirin və ya klopidoqrel ilə müalicə edilə bilməyən xəstələrdə uzun təsirli dipiridamol preparatının istifadəsi mümkündür (200 mq gündə iki dəfə) **(C)**.

Oral antikoaqulyasiya xroniki səyrici aritmiyası olan işemik insult xəstələrində **(A)** göstərişdir (İNR 2-3 arası). Lakin oral antikoaqulyantlar epilepsiya, ciddi demensiya və ya mədə-bağırsaq qanaxması olan xəstələrdə məsləhət deyildir **(D)**. Protez ürək qapağı olan xəstələrdə qapağın tipi və pozisiyasından asılı olaraq fərqli İNR hədəfləri ilə uzun müddətli antikoaqulyasiya aparılmalıdır **(A)**. Bəzi klinik vəziyyətlər (aortal ateroma, bazilyar arteriyada fuziform anevrizma, boyun arteriyalarının disseksiyası) xaric olmaqla, qeyri-

kardioembolik işemik insultlardan sonra antikoaqulyasiya istifadə olunmamalıdır **(D)**.

Cərrahi və endovaskulyar müalicə

Müvafiq simptomatik xəstələrdə karotid endarterektomiyanın (KEA) perioperativ fəsad riski <6% olan mərkəzlərdə həyata keçirilməsi məsləhət görülməkdədir **(D)**. KEA ciddi nevroloji defisiti olmayan, yeni işemik hadisə (<180 gün) keçirən və 70-99% karotid arteriya stenozu olan xəstələrdə göstərişdir **(A)**. KEA 50-69% karotid arteriya stenozu olan və ciddi nevroloji defisiti olmayan bəzi xəstə qruplarında (təkrarlanan işemik hadisələr) da aparıla bilər **(D)**. <50% karotid arteriya stenozu olan xəstələrdə KEA məsləhət görülməməkdədir **(C)**. Əməliyyatdan əvvəl, intraoperativ və əməliyyatdan sonra xəstələrə antitrombotik dərman vasitələri təyin edilməlidir **(A)**.

Karotid angioplastika və stentləmənin həm asimptomatik, həm də simptomatik xəstələrdə KEA-ya ekvivalent və ya ondan üstün olması göstərilməmişdir. Karotid angioplastika/stentləmə KEA üçün əks-göstərişi olan və cərrahi olaraq uyğun gəlməyən yerdə karotid arteriya stenozuna malik xəstələrdə düşünülə bilər **(D)**. Stentləmədən sonra xəstələrə aspirinlə birlikdə minimum bir ay müddətində klopidoqrel təyin edilməsi uyğundur **(C)**.

Ədəbiyyat

1. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care: 2006, Canadian Stroke Network http://www.strokecenter.org/prof/guidelines.htm
2. Diagnosis and initial treatment of ischemic stroke. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2008 Jun. 57 p. www.guideline.gov
3. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update 2003. The European Stroke Initiative Executive Committee and the EUSI Writing Committee *Cerebrovasc Dis* 2003;16:311-337
4. *Harold P. Adams, Jr, Gregory del Zoppo, Mark J. Alberts, Deepak L. Bhatt, Lawrence Brass, Anthony Furlan, Robert L. Grubb, Randall T. Higashida, Edward C. Jauch, Chelsea Kidwell, Patrick D. Lyden, Lewis B. Morgenstern, Adnan I. Qureshi, Robert H. Rosenwasser, Phillip A. Scott and Eelco F.M. Wijdicks* Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke: American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2007;38;1655-1711 http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/38/5/1655
5. Ischaemic Stroke – Prophylaxis and Treatment. European Stroke Initiative Recommendations 2006
6. *Larry B. Goldstein, Robert Adams, Mark J. Alberts and others.* Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council. *Stroke* 2006; 37;1583-1633
7. Management of Patients with Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. A national clinical guideline 64, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, November 2002 http://www.sign.ac.uk
8. *Ralph L. Sacco, Robert Adams, Greg Albers, Mark J. Alberts, Oscar Benavente, Karen Furie, Larry B. Goldstain, Philip Gorelick, Jonathan Halperin, Robert Harbaugh, S. Claiborne Johnston, Irene Katzan, Margaret Kelly-Hayes, Edgar J. Kenton, Michael Marks, Lee H. Schwamm and Thomas Tomsic.* Guidelines for Prevention of Stroke in Patients with Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. *Stroke* 2006;37;577-617
9. Stroke – Diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). NICE clinical guideline 68, Developed by the National Collaborating Centre for Chronic Conditions, July 2008