

# Оновлені канадські рекомендації з найкращої практики при інсульті: емоційні та когнітивні порушення, стомлюваність у післяінсультному періоді

Поширеними наслідками мозкового інсульту є післяінсультна депресія, тривога, судинні когнітивні розлади та стомлюваність. Від 20 до 50% пацієнтів стикаються принаймні з однією з перерахованих проблем. На жаль, вони не завжди очевидні для медичних працівників, доглядальників та навіть самого хворого, проте суттєво ускладнюють реабілітацію та знижують якість життя. Цьому питанню присвячене оновлення канадських рекомендацій з найкращої практики при постінсультних емоційних і когнітивних порушеннях та стомлюваності 2019 року (CSBPR). Під гаслом «Партнерство і співпраця» робоча група Канадської фундації серця та інсульту оновила доказово обґрунтовані настанови зі скринінгу, діагностики та корекції постінсультних емоційних і когнітивних розладів, наголошуючи на необхідності міждисциплінарного підходу в організації спеціалізованої допомоги. Пропонуємо до вашої уваги короткий огляд оновлених рекомендацій.

Усім рекомендаціям присвоєно рівень доказів від А до С за критеріями, що наведені в таблиці. Оновлені настанови супроводжуються клінічними порадами в тих аспектах, які є загальноновизнаними та/або суперечливими чи не мають переконливої доказової бази. Вперше наведені дані про можливість профілактичного застосування антидепресантів, що може бути корисним у деяких пацієнтів. Враховано нові дані щодо ефективності Актотегіну – коректора окислювального метаболізму головного мозку – в лікуванні постінсультних когнітивних порушень.

## Постінсультна депресія Визначення та терміни

**Депресія після інсульту.** Відповідною категорією у Діагностичному та статистичному керівництві з психічних розладів 5-го видання (DSM-5) є розлади настрою внаслідок іншого медичного стану, як-то інсульт з симптомами депресії, епізодом, що нагадує велику депресію, або ознаками змішаних порушень настрою. Постінсультна депресія часто пов'язана з інфарктами у великих судинних басейнах.

Для встановлення діагнозу пацієнт повинен відповідати наступним критеріям: знижений настрій або втрата інтересу чи задоволення за наявності ще чотирьох симптомів депресії (втрата маси тіла, безсоння, психомоторне збудження, виснаження, почуття меншовартості, знижена концентрація уваги, суїцидальні думки), що тривають  $\geq 2$  тижні. В патогенезі можуть мати значення біологічні, поведінкові та соціальні чинники. Симптоми зазвичай виникають у перші 3 місяці після інсульту (рання постінсультна депресія), проте нерідко з'являються в будь-який час (пізня постінсультна депресія). Вони подібні до симптомів депресії, що викликана іншими причинами, але є деякі відмінності: при постінсультній депресії хворі більшою мірою страждають від порушень сну, вегетативних симптомів та соціальної ізоляції.

**Судинна депресія.** Це більш нова концепція, що об'єднує ширший спектр депресивних розладів. Судинна депресія пов'язана з ішемією в басейнах дрібних судин та, можливо, патологією білої речовини мозку за даними нейровізуалізації. Постінсультна депресія є субкатегорією судинної депресії. Пацієнти, які перенесли інсульт із судинною депресією, частіше мають старший вік на момент дебюту, виразніші когнітивні розлади, рідше – сімейну та особисту історію депресії, а також значніші фізичні обмеження, ніж геріатричні пацієнти з несудинною депресією. Вони по-різному відповідають на терапію і мають відмінні прогнози. Крім того, особи з судинною депресією з виконавчою дисфункцією та/або ті, в кого з часом прогресує гіперінтенсивність білої

речовини, погано відповідають на лікування антидепресантами, перебіг їхнього захворювання стає хронічним та рецидивуючим.

**Апатія.** Найчастіше цей стан визначається як багатовимірний синдром зі зниженою здатністю до цілеспрямованої поведінки, емоційного реагування, когніції. Пацієнти втрачають мотивацію, інтереси, емоційну відповідь, що призводить до безініціативності, зниження взаємодії з оточенням, збіднення соціального життя. Апатія негативно позначається на відновленні після інсульту. Може виникати як незалежний синдром або як симптом депресії чи деменції. Апатія розвивається у 29–40% осіб, що перенесли інсульт.

**Тривога.** Після інсульту вона характеризується відчуттям напруження, надмірного занепокоєння та фізикальними проявами, як-то підвищення артеріального тиску. В післяінсультних пацієнтів тривога визначається за наявністю та тяжкістю симптомів шляхом використання валідованих скринінгових та оцінювальних методик, приміром госпітальної шкали тривоги й депресії (HADS), або за діагностичними критеріями відповідних синдромів (панічний, генералізований тривожний розлад, соціальна фобія тощо).

## Рекомендації зі скринінгу та діагностики

Усіх осіб, які перенесли інсульт, слід розглядати як таких, що мають ризик розвитку постінсультної депресії, що може з'явитися в будь-який момент стадії відновлення ( ). Всім пацієнтам, які перенесли інсульт, рекомендовано проводити скринінг на депресію з огляду на здатність до комунікації та інші дефіцити, що можуть завадити скринінгу ( ). При цьому потрібно брати до уваги доінсультні діагнози щодо психічного здоров'я та когнітивного функціонування особи.

Обстеження хворого після інсульту має включати оцінювання факторів ризику розвитку депресії, а саме тяжкості інсульту, функціональної залежності, когнітивних розладів, депресії в анамнезі. Два найважливіші фактори ризику постінсультної депресії – це потреба у сторонній допомозі для самообслуговування та історія депресії в минулому. Обмеження комунікації і соціальна ізоляція також розглядаються як можливі чинники виникнення депресії.

## Немедикаментозне лікування постінсультної депресії

Доцільно запропонувати когнітивно-поведінкову (КПТ) або міжперсональну терапію як втручання першої лінії при депресивних симптомах після інсульту ( ). Цілоком обґрунтованим є застосування психотерапії на додачу до антидепресантів ( ). Серед інших можливих методів, які поки що мають статус клінічних порад через брак доказової бази, зазначають музикотерапію, мотиваційне інтерв'ю, медитацію, дихальні вправи, транскраніальну магнітну стимуляцію, а за тяжкої рефрактерної депресії – електроконвульсивну терапію або глибоку стимуляцію мозку. Наведені заходи можуть бути застосовані в індивідуальному порядку, на розсуд лікаря і пацієнта.

## Фармакотерапія постінсультної депресії

Пацієнтів, які перенесли інсульт і мають легкі симптоми депресії або діагностовану малу депресію, спочатку можна вести за стратегією «пильного вичікування» ( ). Під цим поняттям розуміють спостереження без втручання, в очікуванні ймовірного полегшення симптомів. Термін такого спостереження варіює від 2 до 4 тижнів.

Початок фармакотерапії слід розглядати, якщо депресія перситує, погіршується і впливає на досягнення клінічних цілей ( ). Пацієнтам із депресивним розладом варто запропонувати терапію антидепресантами ( ). Жоден антидепресант не виявив переваг над іншими представниками свого класу при постінсультній депресії. З огляду на профілі побічних ефектів, деякі селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну можуть бути корисними в цій популяції пацієнтів ( ). Якщо отримано добру відповідь на терапію, її слід продовжувати щонайменше 6–12 місяців ( ). Коли ж настрій пацієнта не покращується протягом 2–4 тижнів від початку лікування, варто перевірити, чи дотримується він призначеного режиму приймання медикаменту. Якщо так, потрібно розглянути можливість підвищення дози, додавання іншого препарату або переключення на інший антидепресант ( ).

Після початкового курсу лікування можна розглянути підтримувальну терапію в індивідуальному порядку (з огляду на попередню історію та фактори ризику рецидиву депресивного епізоду) ( ). Якщо прийняте рішення припинити застосування антидепресанту, його слід відмінити, поступово зменшуючи дозу протягом 1–2 місяців ( ).

**Псевдобульбарний афект.** У випадках виразної, персистуючої плаксивості, емоційної нестриманості або лабільності слід запропонувати спробу терапії антидепресантами ( ). З огляду на профілі побічних ефектів, деякі селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну можуть мати переваги в цій групі пацієнтів. Доказів ефективності нефармакологічних втручань при даному стані немає.

## Профілактичне лікування постінсультної депресії

Профілактична фармакотерапія виявила здатність запобігати появі постінсультних депресивних симптомів ( ).

А), хоча її вплив на функціонування менш вивчений. Наразі профілактичне призначення антидепресантів усім особам, які перенесли інсульт, не рекомендоване, оскільки відношення ризиків та користі невідоме ( ). КПТ показала ефективність у профілактичному лікуванні постінсультної депресії ( ).

## Інші порушення настрою

Скринінг на тривогу можна розглядати у пацієнтів, які перенесли інсульт, оскільки після нього поширеність цього стану зростає ( ). Тривога часто співіснує з депресією після інсульту, проте може виникати у хворих після інсульту, що не мають ознак депресії. Пацієнтам, які перенесли інсульт і відчувають виразну тривогу з/без клінічної депресії, доцільно запропонувати фармакотерапію ( ).

Хоча докази обмежені для пацієнтів, які перенесли інсульт, психотерапія може розглядатися як додаткова опція до медикаментозного лікування ( ). КПТ виявила ефективність у лікуванні постінсультної тривоги ( ).

Апатія часто поєднується з депресією після інсульту або може вражати постінсультних пацієнтів без ознак депресії. Пацієнтам, які перенесли інсульт і мають виразну апатію з/без клінічної депресії, доцільно запропонувати нефармакологічні втручання, як-то фізичні вправи або музикотерапію ( ). Психостимулятори вивчали для лікування апатії, проте наразі доказів ще недостатньо ( ).

## Судинні когнітивні порушення Визначення та терміни

**Судинні когнітивні порушення.** Це збірне поняття, що включає когнітивні та поведінкові розлади, пов'язані з цереброваскулярним захворюванням і факторами ризику, від м'якого когнітивного дефіциту до явної деменції (судинної). Судинні когнітивні порушення виникають принаймні в одному з когнітивних доменів (увага, пам'ять, мова, перцепція, виконавчі функції). Для встановлення діагнозу необхідно довести наявність у пацієнта клінічного інсульту або субклінічної судинної патології головного мозку.

**Судинна патологія.** Когнітивні порушення можуть бути наслідком низки судинних уражень, зокрема великих або множинних кортикальних інфарктів, множинних субкортикальних інфарктів, прихованих («німих») інфарктів, інфарктів у стратегічних ділянках, захворювань дрібних судин (ішемічне ураження білої речовини, множинні лакунарні інфаркти, розширення периваскулярних просторів, кортикальні мікроінфаркти та мікрокрововиливи), а також мозкових крововиливів. Судинні фактори ризику, як-от артеріальна гіпертензія (АГ) та цукровий діабет (ЦД), також асоційовані з когнітивними порушеннями.

## Рекомендації

Усіх пацієнтів із клінічно доведеним інсультом або транзиторною ішемічною атакою слід розглядати як таких, що мають ризик розвитку судинних когнітивних порушень ( ). Пильну увагу варто приділити особам, які перенесли інсульт та мають інші значущі фактори ризику судинного захворювання і судинних когнітивних порушень (приховані інсульти або патологію білої речовини за даними нейровізуалізації, АГ, ЦД, фібриляцію передсердь або інше захворювання серця), особливо якщо після інсульту були задокументовані когнітивні, перцептивні чи функціональні наслідки, що є клінічно очевидними або виявлені при збиранні анамнезу ( ). Для скринінгу необхідно застосовувати валідовані інструменти, як-то монреальський тест оцінювання когнітивних функцій (MoCA) ( ).

Діагноз судинних когнітивних порушень потребує підтвердження цереброваскулярного захворювання. Комп'ютерна (КТ)

Таблиця.	
A	Докази отримані шляхом метааналізу РКД або наявні повторювані результати двох чи більше РКД. Бажані ефекти цілковито переважають небажані або небажані ефекти цілковито переважають бажані
B	Докази отримані в єдиному РКД або наявні повторювані результати двох чи більше добре спланованих нерандомізованих та/або неконтрольованих досліджень, і великих обсерваційних досліджень. Бажані ефекти переважають або наближаються до небажаних чи небажані ефекти переважають або наближаються до бажаних
C	Консенсус робочої групи та/або рекомендацію підтримано обмеженими доказами. Бажані ефекти переважають або наближаються до небажаних або небажані ефекти переважають або наближаються до бажаних. Рекомендації з рівнем доказів C можуть бути ключовими перехідними положеннями для підтримання інших рекомендацій, а деякі з них відображають експертну думку щодо нових доказів, які з'являються, або загальноприйнятими практичними підходами
Клінічна порада	Обґрунтована практична порада, підтримана консенсусом робочої групи стосовно специфічних клінічних питань, які є загальними та/або контроверсійними і не мають доказової бази

Примітка: РКД – рандомізовані контрольовані дослідження.

або магнітно-резонансна томографія (МРТ) головного мозку є корисними методами візуалізації (В). МРТ є чутливішою для виявлення судинних уражень, ніж КТ.

Перед випискою або переведенням зі стаціонара на етап реабілітації пацієнти з гострими когнітивними проблемами після інсульту повинні пройти оцінювання на предмет будь-яких ризиків та небезпек для життєдіяльності, пов'язаних із наявним когнітивним дефіцитом. Ці ризики мають бути доведені до відома медичного персоналу первинної ланки ( ). Результати оцінювання слід брати до уваги при виборі та імплементації необхідних засобів і стратегій компенсації та/або адаптації відповідно до потреб пацієнта ( ).

### Ведення пацієнтів із судинними когнітивними порушеннями після інсульту

Судинні фактори ризику, такі як АГ, ЦД та фібриляція передсердь, слід належним чином коригувати для мінімізації ризику виникнення повторного інсульту ( ). Втручання, які можуть бути запропоновані для реабілітації при судинних когнітивних порушеннях, включають стратегії компенсації та ті, що спрямовані на безпосереднє відновлення/тренування когнітивних здібностей (В). Вибір стратегій необхідно індивідуалізувати з огляду на клінічний профіль пацієнта.

**Компенсаційна стратегія.** Зазвичай така тактика спрямована на навчання життю з обмеженнями для досягнення максимальної можливої незалежності у побуті (В). Може включати зміни в фізичному та соціальному оточенні, які допомагають пацієнтові вести повсякденну активність в інший спосіб, ніж до інсульту (В).

**Безпосереднє відновлення/тренування когнітивних функцій.** Такі заходи спрямовані на інтенсивне специфічне тренування для досягнення поліпшення в уражених доменах когніції. Вони можуть включати повторювані практичні вправи, мнемонічні стратегії, що сприяють кращому запам'ятовуванню (наприклад, акроніми, римування слів), а також комп'ютерні інструменти та пристрої для роботи зі специфічними дефіцитами (В).

Наприклад, порушення пам'яті також коригують за допомогою зовнішніх засобів (допоміжні електронні, неелектронні прилади) та внутрішніх стратегій (методики кодування та відтворення інформації, тренування самоефективності, безпомилкового навчання), які мають певні докази ефективності при обмеженнях активності (В).

Аеробні вправи – варіант додаткової терапії когнітивних порушень, зокрема в доменах уваги, пам'яті та виконавчих функцій (В). Потенційно корисними можуть бути новітні методики, як-то транскраніальна магнітна стимуляція або транскраніальна пряма електрична стимуляція, тренування в середовищах віртуальної реальності, примусово-індуковані підходи (інтенсивне використання уражених когнітивних доменів). Ці стратегії потребують більше досліджень, щоб розробити рекомендації для їхнього застосування.

### Фармакотерапія судинних когнітивних порушень після інсульту

Інгібітори холінергетичних рецепторів (донепезил, ривастигмін та галантамін) та антагоніст N-метил-D-аспарататних (NMDA) рецепторів мемантин можна розглядати для терапії окремих пацієнтів із судинною або змішаною деменцією після інсульту, спираючись на результати рандомізованих досліджень, які показали малий розмір ефекту на когнітивні функції ( ). Слід зазначити, що докази ефективності цих лікарських засобів були отримані здебільшого у хворих, які відповідали критеріям діагнозу судинної або змішаної деменції. Докази ефективності при судинних когнітивних порушеннях, які не сягають рівня деменції, наразі є обмеженими. Також важливо зазначити, що ці лікарські засоби схвалені Канадським регулятором для лікування хвороби Альцгеймера. Вони не отримали схвалення для лікування судинних когнітивних порушень.

Необхідно враховувати, що пацієнти з судинними когнітивними порушеннями після інсульту можуть бути особливо чутливими до побічних ефектів, оскільки часто мають супутні захворювання та приймають інші препарати. Клінічна значущість переваг інгібіторів холінергетичних рецепторів та мемантину залишається суперечливою, особливо з огляду на вірогідність розвитку небажаних явищ та потенційно підвищений ризик смерті. Тому призначення цих препаратів має бути клінічно обґрунтоване значною очікуваною вигодою для якості життя хворого від незначного поліпшення когніції.

Доведено переваги інших фармакологічних засобів, ефективність яких також аналізували із приводу постінсультної деменції. За даними дослідження J. Alvarez-Sabin et al. (2013), терапія цитиколином асоціювалася з підвищеними шансами відновлення без розвитку деменції після першого в житті інсульту, що призвів до персистуючого неврологічного дефіциту. Нещодавно у дослідженні ARTEMIDA вивчали застосування Актівегіну – лікарського засобу для корекції окислювального метаболізму в головному мозку – у пацієнтів після гострого ішемічного інсульту з вихідними оцінками за MoCA <25 балів (Guekht et al., 2017). Через 3, 6 та 12 місяців у групі Актівегіну достовірно більше хворих демонстрували клінічну відповідь на терапію – покращення на ≥4 бали за когнітивною підшкалою (ADAS-cog) порівняно з вихідною оцінкою.

Крім того, отримані дані, що застосування антидепресантів у пацієнтів, які відновлюються після інсульту, асоційоване з поліпшенням виконавчих функцій та навичок розв'язання проблем (Narushima et al., 2010).

### Постінсультна стомлюваність

#### Визначення та терміни

**Постінсультна стомлюваність.** Це багатовимірний сенсомоторний, емоційний та когнітивний досвід, що характеризується відчуттям раннього виснаження, знесилення, дефіцитом енергії та небажанням продовжувати діяльність, настає під час фізичної або розумової активності і зазвичай не усувається відпочинком. Стомлюваність може бути об'єктивною та суб'єктивною. Об'єктивна стомлюваність визначається як очевидне чи вимірне зниження ефективності під час повторюваної фізичної або розумової діяльності. Суб'єктивна стомлюваність є відчуттям раннього виснаження, знесилення та небажання продовжувати діяльність. Постінсультну стомлюваність пацієнти можуть описувати як змученість, брак енергії для виконання повсякденних дій, аномальну потребу у відпочинку та сні, швидшу, ніж до інсульту, появу втоми від щоденної активності, непередбачуване відчуття виснаження без видимої причини.

#### Рекомендації

Постінсультна стомлюваність – поширений стан, що може виникати в будь-який момент відновного періоду і часто залишається поза увагою. Тому спеціалісти охорони здоров'я мають передбачати можливість розвитку стомлюваності й навчати пацієнтів після інсульту та їхніх родичів уникати цього стану шляхом підвищення обізнаності та відповідної корекції своєї активності протягом реабілітаційного процесу ( ).

Варто зауважити, що постінсультна стомлюваність не корелює з тяжкістю інсульту. Особи, які перенесли легкий інсульт, також можуть скаржитися на стомлюваність.

У пацієнтів, які відчувають стомлюваність після інсульту, слід проводити скринінг на поширені та модифіковані постінсультні коморбідності, а також виключити чи обмежити приймання медикаментів, які можуть викликати стомлюваність ( ). Серед таких супутніх станів: депресія або інші порушення настрою, розлади сну або чинники, що погіршують якість сну (апноє, біль), інфекції сечових шляхів, зневоднення, гіпотиреоз. 3-поміж лікарських засобів найчастіше відчуття втоми викликають седативні препарати.

### Ведення пацієнтів із постінсультною стомлюваністю

Наявні обмежені докази на підтримання фармакотерапії постінсультної стомлюваності модафінілом ( ). Для кращого розуміння переваг лікування необхідні додаткові дослідження. Наразі недостатньо даних, щоб рекомендувати терапію постінсультної стомлюваності антидепресантами ( ).

Доцільно консультувати пацієнтів та родичів щодо стратегій консервації (збереження) енергії, які полягають у плануванні періодів активності та відпочинку з огляду на самопочуття ( ). Також слід консультувати пацієнтів щодо гігієни сну ( ).

Приклади стратегій збереження енергії:

- планування дня для досягнення балансу між активністю та запланованими періодами відпочинку; передбачення потреб в енергії для виконання кожного завдання, щоб її вистачало для завершення активності високого пріоритету;
- планування активності з високими витратами енергії одразу після відпочинку;
- організація фізичного оточення таким чином, щоб звести до мінімуму зайві переміщення, підймання сходів, полегшити доступ до найбільш вживаних речей;
- за можливості виконувати домашні справи сидячи (наприклад, миття посуду або прасування);
- навчання правильним положенням тіла, оптимізація біомеханіки й локацій при виконанні завдань та під час відпочинку (приміром, відпочивати краще в ліжку, ніж у кріслі);
- забезпечення гігієнічних умов для сну, уникання використання седативних препаратів та надмірного вживання алкоголю;
- застосування енергозберігальних технологій і пристроїв для зменшення фізичних навантажень;
- планування активності за межами дому з огляду на періоди відпочинку;
- делегування активності низької пріоритетності або такої, що можна перекласти на членів сім'ї;
- розроблення плану дієтичного харчування для забезпечення енерговитрат.

Психотерапію (КПТ) можна розглядати як додаткове лікування постінсультної стомлюваності ( ). Методики керування стресом, зокрема деякі практики медитації, є варіантами додаткового лікування ( ). Рекомендовано консультувати хворих стосовно оптимізації щоденної активності відповідно до переносимості навантажень ( ).

#### Підготовка

Підготовано за матеріалами Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019, International Journal of Stroke, 2019; 0 (0): 1-21; DOI: 10.1177/1747493019847334

За сприяння ТОВ «Такеда Україна»  
UA/AVG/1219/0093

### Роль клинических протоколов в работе практических врачей

За последние несколько десятилетий во врачебную практику большинства развитых стран прочно вошли так называемые протоколы лечения, или клинические рекомендации. В первую очередь это касается стран Европы и Северной Америки.

Клинический протокол представляет собой систематически разрабатываемый нормативный документ, призванный помочь практическому врачу назначить лечение, а пациенту – проконтролировать его действия. В данном протоколе расписываются все варианты течения болезни, симптомы, возможные причины их возникновения, медикаментозные и общие рекомендации по терапии. К клиническому протоколу также могут прилагаться рисунки, алгоритмы действий.

Клинические протоколы разрабатываются и распространяются, как правило, научно-медицинскими профессиональными обществами, ассоциациями врачей и объединениями медицинских касс или профессиональными ассоциациями. Например, в США – это Американская академия офтальмологии (AAO), Американская ассоциация урологов (AUA), в Европе – Королевская коллегия офтальмологов Великобритании (RSO), Европейская ассоциация урологов (EAU) и пр.

В США и большинстве стран Европы процесс создания протоколов включает в себя несколько этапов:

- анализ соответствующей научной литературы для сбора доказательств эффективности и результативности предлагаемых методов лечения;
- затем оценка и ранжирование этих доказательств (путем рандомизированных клинических испытаний на статистически значимом числе пациентов), как результат – создание так называемого золотого стандарта;
- далее проведение квази-экспериментальных исследований на контрольных группах («серебряный стандарт») и т.д.
- следующий шаг – разработка протоколов, в которых полученные научно-практические данные приобретают формат руководств для применения в повседневной практике;
- затем сбор отзывов о протоколах от медицинского сообщества (выработка консенсуса);
- на следующей стадии – согласование протоколов;
- последний этап – распространение руководств и протоколов среди членов медицинского общества и страховых компаний.

Клинические рекомендации, которые базируются на принципах доказательной медицины, в первую очередь предназначены для внедрения в повседневную клиническую практику наиболее эффективных и безопасных медицинских технологий (в том числе лекарственных средств). В рутинной практике протоколы лечения препятствуют принятию врачом спонтанного, неверного решения, проведению необоснованного вмешательства и, таким образом, способствуют повышению качества медицинской помощи.

Для клиницистов преимущество использования рекомендаций заключается, прежде всего, в повышении качества врачебных решений. Клинические рекомендации особенно полезны в тех случаях, когда специалисты вследствие недостатка информации испытывают сложности в принятии решения, тогда как накоплены достаточные научные доказательства, позволяющие сделать правильный выбор.

Для пациентов главным положительным моментом должно стать улучшение клинических исходов, таких как снижение заболеваемости и смертности, улучшение качества жизни и пр. Безусловно, применение протоколов на практике в любом случае предусматривает индивидуальный подход к каждому больному. Ведь лечебные стандарты не могут содержать универсальных схем и готовых решений.

Медицинская помощь должна оказываться, скорее, не в соответствии со стандартами, а на их основе. Необходимо искать золотую середину, допуская рекомендательный характер протоколов.

Источник: <https://docacademy.com.ua>

