

А.І. Зозуля<sup>1</sup>, Г.О. Слабкий<sup>2</sup>, І.С. Зозуля<sup>1</sup><sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ  
<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Київ

## Проблеми, які стоять перед дослідниками щодо цереброваскулярних хвороб в цілому та інсульту зокрема

У нашій державі серцево-судинна і судинно-мозкова патологія спричинює близько 2/3 летальних випадків і 1/2 випадків інвалідності, що суттєво зменшує тривалість і погіршує якість життя населення. За даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2008 р. зареєстровано понад 3 млн хворих (6,4% населення країни) із судинною патологією головного мозку, інсульт діагностували у майже 120 тис. пацієнтів. Кожен 5 хв фіксували захворювання і кожні 15 хв — летальний випадок внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу. За прогнозами міжнародних експертів, у найближчі 10–20 років очікується глобальний зріст захворюваності на патологію головного мозку судинного генезу, зумовленої демографічним старінням населення, урбанізацією та нездоровим способом життя.

**Ключові слова:** цереброваскулярні захворювання, інсульт, надання медичної допомоги, система комплексної медичної допомоги.

### Вступ

Актуальність дослідження зумовлена високою смертністю від цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) — згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі щорічно реєструють близько 7,6 млн летальних випадків внаслідок ЦВЗ (Варакін Ю.А., 2005). За прогнозами експертів, летальність від інсульту досягне 6,5 млн випадків у 2015 р. та 7,8 млн випадків — у період до 2030 р., таким чином, ЦВЗ можуть стати провідною патологією у структурі загальної смертності у світі. Особливо значне збільшення (>20%) кількості хворих і померлих очікується у країнах з низьким рівнем життя та недостатнім контролюванням факторів ризику, в яких уже зараз реєструють >70% загальносвітової кількості летальних випадків від інсульту.

За даними російських дослідників, рівень захворюваності в межах країни між регіонами відрізняється максимум в 5,3 раза, у той час як діапазон варіювання смертності значно більший — у 20,5 раза. Це свідчить про неоднорідний рівень ефективності медичної допомоги у різних регіонах країни, що підкреслює і різниця показника госпітальної летальності більше ніж у 6 разів (Волошин П.В. та співавт., 2006).

В Україні проводять наукові дослідження з проблеми ЦВЗ, але у більшості випадків вони мають клінічну спрямованість, водночас роботи з соціальної медицини мають фрагментарний характер і спрямовані на вирішення окремих завдань. Комплексні роботи, що обґрунтовують системні міжсекторальні підходи до організації надання медичної допомоги при ЦВЗ, з об'єднанням усього комплексу медичної допомоги — від профілактики, раннього виявлення, ефективного лікування на догоспітальному та госпітальному етапах до відновного лікування — не проводять, що визначило акту-

альність цього дослідження, його мету та завдання (Гуляев Д.В. и соавт., 2006; Гуляева М.В., Поліщук М.Е., 2011).

Мета дослідження — наукове обґрунтування та розробка якісно нової комплексної системи медичної допомоги при ЦВЗ в умовах великого міста. Для досягнення мети дослідження визначено адекватні завдання, бази наукового дослідження, об'єкт і методи дослідження.

### Об'єкт і методи дослідження

У роботі безпосередньо та в різних комбінаціях застосовували такі методи наукового дослідження:

- системного аналізу — з метою проведення кількісного та якісного аналізу проблем щодо надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВЗ, факторами ризику їх розвитку в мегаполісі та розробки шляхів їх вирішення;
- бібліосемантичний — з метою вивчення існуючих підходів до вирішення проблеми організації комплексної медичної допомоги та профілактики ЦВЗ в умовах реформування системи медичної допомоги населенню;
- соціологічний — для оцінки ставлення різних категорій населення та медичних працівників до проблеми організації комплексної медичної допомоги при ЦВЗ та шляхів її оптимізації;
- статистичний — для аналізу основних показників захворюваності й поширеності ЦВЗ та факторів ризику їх розвитку, показників надання медичної допомоги при церебральному інсульті та оцінки ефективності запропонованої системи комплексної медичної допомоги при ЦВЗ;
- експертних оцінок — для вивчення ефективності надання різних видів медичної допомоги при ЦВЗ;

- клінічний — з метою визначення сучасних методик надання нейрохірургічної допомоги при ЦВЗ;
- описового моделювання — для проведення функціонально-структурного аналізу та розробки комплексної системи надання медичної допомоги населенню при ЦВЗ на рівні мегаполісу. Обсяги дослідження розраховані з метою отримання репрезентативних результатів.

Досягнення головної мети дослідження потребувало спеціальної, розробленої на підставі системного підходу, програми, яка передбачала його виконання у 7 організаційних етапах із врахуванням адекватних методів, що забезпечило можливість отримати достатньо повну інформацію для оцінки стану об'єкта дослідження.

Така багаторівнева структуризація завдань дослідження забезпечувала його системність, оскільки результати, отримані на кожному попередньому етапі, логічно ставали основою не лише для наступних етапів, а й для узагальнення отриманих результатів та наукового обґрунтування досягнення мети дослідження.

### Результати та їх обговорення

Захворюваність дорослого населення на ЦВЗ у 2011 р. порівняно з 2005 р. зросла на 7,3% (з 871,6 до 935,5 на 100 тис. відповідного населення), при цьому відзначать щорічне зростання захворюваності, крім 2009 р., в якому зареєстровано найнижчу захворюваність (840,5), що може бути пов'язано зі зниженням рівня звернення населення за медичною допомогою та недоліками в організації статистичного обліку. Питома вага ЦВЗ у структурі загальної захворюваності дорослого населення м. Києва теж зростає. За семирічний період (2005–2011 рр.) вона збіль-

шилася на 5,3% і в 2011 р. становила 1,19%. Зареєстровано постійну тенденцію до зростання показника, крім 2009 р., коли у структурі загальної захворюваності ЦВЗ займали 1,06%, що відповідає і рівню захворюваності дорослого населення на ЦВЗ. У віковій структурі пацієнтів із ЦВЗ переважають особи старше працездатного віку. Частка таких осіб за 2005–2011 рр. становить 60; 15–62 та 59% відповідно, що відповідає її зростанню на 2,44%. Частка осіб працездатного віку за період дослідження зменшилася відповідно на 2,44% і в 2011 р. становила 37,41% (Жданова М.П. та співавт., 2008).

Поширеність ЦВЗ серед дорослого населення міста Києва за семірічний період (2005–2011 рр.) зросла на 9,9% (в 1,1 раза) і в 2011 р. становила 6591,6 на 100 тис. відповідного населення. Зареєстровано також тенденцію до зростання частки ЦВЗ у структурі поширеності хвороб серед дорослого населення. Зареєстроване зростання становить 0,51%, з рівнем у 2011 р. — 4,77%. Структура поширеності ЦВЗ, залежно від статі хворих, загалом відповідає захворюваності, з перевагою частки жінок в 1,53 раза ( $p \leq 0,05$ ) з відповідним рівнем: 60,5% — жінки та 39,5% — чоловіки. У структурі поширеності ЦВЗ залежно від віку хворих встановлено достовірно ( $p \leq 0,05$ ) більшу в 3 рази частку осіб старше працездатного віку, а саме: жінок — 75,1% та чоловіків — 24,9%. При цьому за період дослідження частка осіб старше працездатного віку в структурі поширеності ЦВЗ залежно від віку хворих має тенденцію до збільшення.

За період дослідження зареєстровано зниження захворюваності дорослого населення на церебральний інсульт у 1,16 раза, з показником у 2011 р. — 208,0 на 100 тис. відповідного населення. При цьому найвищу захворюваність дорослого населення на церебральний інсульт зареєстровано у 2008 р. (269,1 на 100 тис.), тоді як найвищу захворюваність на ЦВЗ — у 2010 р. Показано, що за період дослідження частка церебрального інсульту у структурі загальної захворюваності дорослого населення має тенденцію до зменшення (в 1,14 раза) і станом на 2011 р. становить 0,27%. Структура захворювань на церебральний інсульт залежно від віку в цілому відповідає поширеності ЦВЗ із достовірно ( $p \leq 0,05$ ) більшою часткою осіб старше працездатного віку — 75,5%, на відміну від 24,5% осіб працездатного віку, що становить різницю в 3,1 раза. При цьому частка осіб працездатного віку зменшилася в 1,2 раза, а частка осіб старше працездатного віку відповідно зросла. Частка всіх форм мозкового інсульту у структурі поширеності хвороб серед дорослого населення за період дослідження (2005–2011 рр.) зменшилася в 2 рази ( $p \leq 0,05$ ) і у 2011 р. становила 4,34%, що відповідає структурі поширеності ЦВЗ (4,77%) та менше частки гіпертонічної хвороби (ГХ) у структурі поширеності хвороб серед дорослого населення (6,12%) (Князевич В.М., 2008).

Встановлено, що захворюваність дорослого населення на ГХ має тенденцію до зниження. Так, за роки дослідження захворюваність дорослого населення знизилася в 1,2 раза і у 2011 р. становила 2360,5 на 100 тис. відповідного населення. Доведено, що зменшення питомої ваги ГХ у структурі загальної захворюваності дорослого населення відбулося в 1,2 раза, що відповідає скороченню в 1,2 раза захворюваності дорослого населення на ГХ. Показано нерівномірне за роками збільшення частки чоловіків та відповідне зменшення частки жінок серед захворювань на ГХ, однак превалювання частки захворювань жінок щодо чоловіків залишається. Так, у 2005 р. співвідношення захворювань жінок до захворювань чоловіків становило 1:0,63, а у 2011 р. таке співвідношення становило 1:0,66. Відповідно, частка чоловіків у зазначеній структурі зросла, а жінок — зменшилася в 1,01 раза. За роки дослідження у віковій структурі частка захворювань зросла в 3,8 раза ( $p \leq 0,05$ ). Серед захворювань на ГХ дорослого населення частка осіб працездатного віку зменшилася, а осіб старше працездатного віку зросла відповідно на 6,0%. У 2011 р. серед захворювань дорослих на ГХ частка осіб працездатного віку становила 54,56%, а старше працездатного віку — 45,44%. Різниця щодо захворюваності на ГХ осіб працездатного та старше працездатного віку становить 1,2 раза (Корнацький В.М., Євенко І.Л., 2011).

Показано щорічне зростання поширеності ГХ серед дорослого населення з розрахунку на 100 тис. відповідного населення з найвищим рівнем у 2010 р. — 32669,2 пацієнтів. Загалом за період дослідження (2005–2011 рр.) зареєстровано зростання в 1,03 раза поширеності ГХ серед дорослого населення з показником у 2011 р. — 32540,6 пацієнтів. Зіставлення динаміки захворюваності дорослого населення міста Києва на ГХ та поширеності ГХ серед вищезазначеної категорії населення свідчить про диспропорцію цього показника, що може бути причиною як зниження первинного звернення захворювань за медичною допомогою, так і браком статистичного обліку. За роки дослідження частка ГХ у структурі поширеності хвороб серед дорослого населення скоротилася на 0,3% (в 1,04 раза). У структурі поширеності ГХ залежно від статі хворих жінки превалюють над чоловіками в 1,65 раза і становлять 62,3%. Ця тенденція зберігається всі роки дослідження. У структурі поширеності ГХ серед дорослого населення превалюють особи старше працездатного віку (59,4%) порівняно з населенням працездатного віку (40,4%), при цьому відзначається тенденція до збільшення частки населення старше працездатного віку (в 1,47 раза).

Рівень первинного виходу на інвалідність дорослого населення на 10 тис. осіб відповідного віку внаслідок ГХ скоротився у 2,5 раза ( $p \leq 0,05$ ) і у 2011 р. становив 0,2. Рівень первинного виходу на інвалідність дорослого населення на 10 тис. осіб відповідного віку внаслідок ЦВЗ за період

2005–2011 рр. скоротився в 1,6 раза ( $p \leq 0,05$ ) і у 2011 р. становив 6,6.

Слід зазначити, що смертність дорослого населення, як і первинний вихід на інвалідність, знижується, хоча і меншими темпами. Загалом ці показники позитивно відображають діяльність системи охорони здоров'я з надання медичної допомоги хворим на ЦВЗ, мозковий інсульт і ГХ. Смертність від ГХ знизилася в 1,6 раза — з 0,68 до 0,43 на 100 тис. населення ( $p \leq 0,05$ ). Смертність від ЦВЗ знизилася в 1,2 раза — зі 167,4 до 136,1 на 100 тис. населення. Смертність від усіх форм інсульту знизилася зі 125,6 до 98,6 на 100 тис. населення ( $p \leq 0,05$ ).

За даними опитування, шкідливу звичку палити як фактор ризику ЦВЗ мали 25,3% (у 2007 р. — 24,9%) респондентів у віці  $\geq 12$  років, з них 25,2% (29,3%) опитуваних повідомили, що палять  $>20$  років.

Отримані у ході проведеної експертної оцінки «Карт амбулаторного хворого» (ф-25) щодо повноти статистичного обліку захворювань результати свідчать про недостатній статистичний облік як захворюваності, так і поширеності захворювань серед дорослого населення столиці. Так, статистичному обліку в 2011 р. не піддавалося 21,9% захворювань на ГХ, 25,0% випадків ЦВЗ, 17,9% випадків ГХ щодо її поширеності та 10,1% випадків ЦВЗ щодо їх поширеності.

За даними спеціального соціологічного дослідження на ставлення до здоров'я як до найвищої цінності вказали 34,9% опитаних, при цьому своє здоров'я на «добре» оцінили 18,5%, на «задовільно» — 46,4%, а на «незадовільно» — 35,1% респондентів. Найбільша частка респондентів (35,5%) зазначили наявність у них ГХ, менша частка — наявність ішемічної хвороби серця (25,5%) і ЦВЗ (23,8%) та найменша — інших хвороб системи кровообігу (7,1%). У ході проведеної статистичної обробки результатів соціологічного дослідження встановлено достовірну різницю щодо наявності хвороб системи кровообігу в осіб працездатного і старше працездатного віку, з більшим їх рівнем серед осіб старше працездатного віку. При цьому 12,3% опитаних мають по декілька захворювань. Також 48,9% опитаних займаються самолікуванням, при цьому 4,5% опитаних використовують лікарські засоби без призначення лікаря постійно, а 15,5% — часто. Основним джерелом інформації щодо прийому препаратів без призначення лікаря для цих пацієнтів є реклама в засобах масової інформації (37,7%), інтернет (7,6%), рекомендації друзів та знайомих (7,5%). Встановлено, що  $\approx 40\%$  опитаних мають постійне психоемоційне напруження. При цьому таке напруження 49,4% відчувають на роботі та 50,3% — у домашніх умовах, а 11,7% опитаних мікроклімат вдома та 11,1% — на роботі оцінили як несприятливий.

За оцінкою респондентів, у 7,4% випадків їх економічний стан сприяє здоров'ю, у 8,3% — не впливає на здоров'я, а у 84,3% — негативно впливає на здоров'я. Відзначимо, що достовірно більш позитив-



но оцінили вплив економічного стану на здоров'я особи з доходом на члена сім'ї >5 тис. грн., ніж у кого дохід на члена сім'ї становить <2 тис. грн. на місяць. У 53,3% респондентів умови проживання сприяють здоров'ю та оцінюються як комфортні, у 23,4% опитаних респондентів такі умови не впливають на стан здоров'я та у 29,9% — негативно впливають на здоров'я (Зозуля А.І., 2013б; Крапівіна А.А. та співавт. (ред.), 2013).

Згідно з результатами опитування, 11,4% респондентів оцінили умови праці як сприятливі для здоров'я, 8,7% — як ті, що на здоров'я не впливають, і 79,9% — впливають негативно, при цьому 16,9% респондентів зазначили наявність шкідливих та небезпечних умов праці. Показано, що більшість респондентів мають шкідливі звички, які сприяють розвитку ЦВЗ. Так, 31,3% респондентів палють, 41,0% — регулярно вживають спиртні напої, 35,7% — переїдають та 28,7% — надмірно вживають солону їжу. При цьому, за оцінкою респондентів, 79,9% із них мають надмірну масу тіла (11,2% — на  $\geq 15$  кг), 3,9% — недостатню масу тіла, а 16,2% — відповідну віковій нормі.

Загалом встановлено недостатній рівень доступності для населення засобів здорового способу життя. Так, фізично найбільш доступними для населення є місця для прогулянок (69,2%), умови для активного відпочинку під час відпустки (63,9%) та у вихідні дні (45,8%), басейни (30,7%), при цьому відзначено, що місця для прогулянок, велотреки, бігові доріжки безоплатні. Рівень фізичної доступності нижчий, але недостовірно. Виходячи з потреби, необхідно відзначити недостатність у місті таких засобів здорового способу життя, як умови для заняття фізичною культурою, велотреки, кабінети психологічного розвантаження.

#### **Оцінка організації медичної допомоги та її результативності у місті Києві**

У дослідженні встановлено, що в умовах пріоритетного впровадження первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на принципах сімейної медицини в місті функціонує 79 сімейних амбулаторій, 70 з яких відкрито у 2011 р.

З розвитком мережі амбулаторій загальної практики — сімейної медицини первинна медична допомога територіально наближена до мешканців. Станом на кінець 2012 р. >755 тис. населення (26,5% загальної кількості населення) обслуговується закладами сімейної медицини, що в 2,8 раза більше, ніж на початок 2011 р. (9,6%).

Фактичне навантаження в розрахунку на одного лікаря перевищувало норму. Зокрема, навантаження на одного лікаря загальної практики — сімейної медицини становило 2243 особи, дільничних терапевтів та педіатрів — 2652 та 1159 відповідно.

Також встановлено, що на первинному рівні надання медичної допомоги під диспансерним наглядом перебувають лише 43,0% дорослих пацієнтів із ЦВЗ, з яких

8,3% — у лікарів загальної практики — сімейної медицини, а 34,7% — у дільничних лікарів-терапевтів. До початку реформи системи охорони здоров'я більша частина хворих перебували під диспансерним наглядом у лікарів-спеціалістів поліклінік. На сьогодні, коли лікарі-спеціалісти виконують консультативну функцію і нормативно для них не передбачено проведення диспансерної роботи, можна констатувати, що більшість офіційно зареєстрованих у місті хворих під диспансерним наглядом лікарів не перебувають. При цьому охоплення профілактичними оглядами пацієнтів з різними за нозологією захворюваннями на первинному рівні в цілому за період проведення реформи скоротилося: пацієнтів із ГХ — в 1,2 раза з рівнем у 2012 р. — 63,7% та пацієнтів із ЦВЗ — в 1,2 раза з рівнем у 2012 р. — 52,1%.

В умовах пріоритетного розвитку ПМСД у місті активно застосовують стаціонарозамінні форми лікування та оздоровлення пацієнтів при підвищенні їх популярності за роки дослідження. Так, у денних стаціонарах кількість пролікованих пацієнтів із ГХ збільшилася в 1,18 раза і у 2011 р. становила 5845 осіб, а пацієнтів із ЦВЗ — в 1,28 раза та становила 12 234 осіб відповідно. Кількість пролікованих у домашніх стаціонарах пацієнтів із ГХ зросла в 1,24 раза і у 2011 р. становила 17 722 особи, а пацієнтів із ЦВЗ — в 1,38 раза та становила 11 977 осіб відповідно (Зозуля І.С. та співавт., 2011).

Згідно з отриманими результатами, за всі роки дослідження у місті цілодобово працює налагоджена структура невідкладної медичної допомоги (НМД), що складається із 47 пунктів НМД. За роки дослідження фінансування медичного забезпечення одного виклику НМД збільшилося в 1,56 раза та становило 3,75 грн. на один виклик.

При цьому збільшилася в 1,1 раза кількість лікарських та в 1,31 раза — фельдшерських бригад швидкої медичної допомоги (ШМД) з їх відповідною кількістю 100,0 та 10,5 у 2011 р., але при цьому кількість спеціалізованих бригад зменшилася в 2 рази і становила 13,0. За період дослідження придбано 60 нових санітарних автомобілів. У 1,33 раза збільшилася кількість автотранспорту, укомплектованого реанімаційним обладнанням, та становила 96 автомашин. Фінансування на придбання засобів медичного призначення зросло у 2,6 раза і у 2011 р. становило 6,00 грн. на одну особу.

Негативним чинником в організації роботи ШМД є зменшення кількості працюючих фізичних осіб лікарів у 1,41 раза та фельдшерів у 1,11 раза при постійній кількості посад.

Встановлено, що кількість викликів ШМД до дорослого населення міста Києва за період дослідження зменшилася в 1,91 раза ( $p \leq 0,05$ ) та становила 86,6 на 1 тис. дорослого населення. Кількість викликів ШМД з приводу ЦВЗ відповідно зменшилася в 1,83 раза ( $p \leq 0,05$ ) і у 2011 р. становила 207,6. При цьому кількість викликів ШМД із приводу церебрального ін-

сульту збільшилася в 1,29 раза (40,0), що свідчить про зниження ефективності надання лікувальної допомоги та проведення профілактичної роботи серед пацієнтів із хворобами — факторами ризику розвитку церебральних інсультів. Також результати дослідження свідчать про те, що згідно з чинними національними стандартами бригади ШМД дістаються до пацієнтів у термін, встановлений державним стандартом України: у 2005–2009 рр. — у межах 81,8–86,9% випадків, а в період 2010–2011 рр. — у межах 49,0–49,25% випадків, що негативно впливає на своєчасність та ефективність ШМД і потребує прийняття управлінських рішень на рівні керівництва міста.

Зазначимо, що лише 46,8% викликів ШМД при гострому порушенні мозкового кровообігу (ГПМК) здійснюється пацієнтами або їх рідними у межах терапевтичного вікна. У термін до 6 год від початку гострого періоду захворювання викликають ШМД 36,4% пацієнтів. Негативно впливає на ефективність подальшої медичної допомоги виклик ШМД до пацієнтів із ГПМК у термін >6 год після початку гострого періоду захворювання. Таких випадків зафіксовано на рівні 16,8%, у тому числі у термін >24 год — 1,7% випадків. При цьому загальна кількість померлих зменшилася за роки дослідження в 1,55 раза і становила у 2011 р. 110 осіб. Смертність до приїзду ШМД зменшилася в 1,78 раза і становила у 2011 р. 69 осіб. Смертність у присутності бригади ШМД зменшилася в 1,17 раза і становила у 2011 р. 41 особу.

Результати дослідження свідчать про достатній рівень організаційної структури з надання амбулаторної консультативної допомоги при ЦВЗ. Але результати вказують на незадовільний рівень якості спеціалізованої консультативної медичної допомоги як при ЦВЗ, так і при ГХ. Так, рівень відповідності клінічним протоколам при ЦВЗ становить 23,9%, а при ГХ — 25,7%.

Виявлені такі основні недоліки при наданні консультативної допомоги: невідповідність лабораторного та функціонального (інструментального) обстеження — 49,6%; поліпрагмазія — 51,4%; відсутність рекомендацій профілактичного характеру та з корекції способу життя — 62,8%.

У ході дослідження встановлено розвинуту організаційну структуру з надання стаціонарної допомоги при ЦВЗ та ГПМК. При цьому кількість осіб, госпіталізованих в терапевтичні відділення, зберігається на одному рівні й становить 0,03 на 100 дорослого населення. Середні терміни лікування в терапевтичних стаціонарах за період дослідження мають тенденцію до збільшення і станом на 2011 р. зросли в 1,14 раза із середньою тривалістю 13,6 дня. Відзначено високий рівень летальності пацієнтів із ЦВЗ у терапевтичних відділеннях, що коливається в межах 19,19–25,58%. Тобто у терапевтичних відділеннях летальні випадки реєструють у ¼ пацієнтів, госпіталізованих із приводу ЦВЗ.

За період дослідження кількість пацієнтів із ЦВЗ, які проліковані у неврологічних відділеннях закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) міста Києва, збільшилася в 1,1 раза та становила 2437 осіб. Рівень госпіталізації зріс в 1,1 раза і в 2011 р. становив 0,91 на 100 дорослого населення.

За період дослідження середнє перебування хворих на стаціонарному ліжку скоротилося на 1,1 дня (в 1,07 раза) і становило 14,7 дня, що в 1,47 раза перевищує середні терміни стаціонарного лікування пацієнтів із ЦВЗ у країнах Європи.

Висока госпітальна летальність при ЦВЗ коливається в межах 5,77–6,57% за період 2005–2008 рр. відповідно, отже, відзначається підвищення цих показників у 1,14 раза. Загалом за період дослідження госпітальна летальність пацієнтів із ЦВЗ у неврологічних відділеннях ЗОЗ міста підвищилася в 1,03 раза та становила 5,93%.

Порівняння летальності пацієнтів із ЦВЗ у терапевтичних і неврологічних відділеннях у 2011 р. дозволило констатувати достовірну ( $p \leq 0,01$ ) в 3,24 раза різницю показника на користь відділень неврологічного профілю.

Порівняння летальності пацієнтів із ЦВЗ, які перебували на лікуванні в різних лікувальних закладах за 2011 р., при врахуванні середніх показників по Києву (5,98) та Україні (5,49) свідчить про коливання летальності в межах 0,07–29,03 (Міський центр радіаційного захисту населення та Міська клінічна лікарня № 2 відповідно), що становить різницю в >400 разів. При цьому летальність пацієнтів із ЦВЗ >10% зареєстрована у 4 ЗОЗ (21,0%).

Отримані в ході дослідження дані свідчать про низьку якість стаціонарної медичної допомоги при ЦВЗ. Так, якість медичної допомоги, яка відповідає галузевому стандарту України, отримують лише 9,3% пацієнтів із ЦВЗ. Частково відповідає галузевому стандарту медична допомога у 44,5% при ЦВЗ і повністю не відповідає — у 46,2%.

Отримані в ході дослідження результати свідчать про недостатній організаційний рівень медичної допомоги при ГПМК. Так, у неврологічних відділеннях надається медична допомога при церебральному інсульті, однак лише у 13 (81,25%) з них наявні спеціальні палати інтенсивної терапії, а у 3 (18,75%) пацієнти з ГПМК отримують інтенсивну медичну допомогу засобами загальних реанімаційних відділень. При цьому у цих відділеннях відсутня можливість проводити обстеження пацієнтів з метою верифікації діагнозу.

За роки дослідження кількість пацієнтів із церебральним інсульті, госпіталізованих до неврологічних відділень, збільшилася в 1,07 раза і у 2011 р. становила 7496 осіб. Також середні терміни стаціонарного лікування пацієнтів зазначеної категорії скоротилися на 1,9 дня (в 1,13 раза) і у 2011 р. становили 14,1 дня. За період дослідження летальність пацієнтів при церебральному інсульті знизилася на 0,67% (в 1,04 раза) і у 2011 р.

становила 17,96%, що є високим показником, який характеризує низьку якість медичної допомоги.

Порівняльна характеристика й аналіз статистичних показників летальності пацієнтів із різними формами церебрального інсульту за 2011 р. у розрізі ЗОЗ показали нижченаведене:

- летальність при внутрішньочерепних крововилях, враховуючи середній показник по місту Києву 39,89%, (по Україні — 39,97%), коливалася від 27,3% у Клінічній лікарні № 11 Дніпровського району до 62,5% — у Міській клінічній лікарні № 4 (різниця становить 2,3 раза);
- летальність при інфаркті головного мозку, враховуючи середній показник по місту Києву 14,61% (по Україні — 12,11%), коливалася від 3,7% у Міському центрі радіаційного захисту населення до 26,42% — у Міській клінічній лікарні № 15 Подільського району;
- летальність при інсульті, що не уточнений як кроволив чи інфаркт мозку, при середньому показнику по місту Києву 17,78% (по Україні — 11,95%), коливалася від 15,38% в Олександрівській клінічній лікарні до 100% — у Міській клінічній лікарні № 2 та № 6.

Отримані в ході дослідження дані свідчать про достовірну вищий рівень відповідності обсягів і термінів обстеження пацієнтів із церебральним інсульті клінічними протоколами у нейрохірургічних відділеннях, ніж у неврологічних — 62,75% порівняно з 15,50% відповідно (у 4,05 раза;  $p < 0,05$ ). Відповідно частка пацієнтів, обсяги і терміни обстеження яких не відповідають клінічним протоколам у неврологічних відділеннях, достовірно більша, ніж у нейрохірургічних — 47,75% порівняно із 7,50% (у 6,37 раза;  $p < 0,05$ ). Частка пацієнтів, у яких проведені діагностичні дослідження, частково відповідає клінічним протоколам, становить 36,75 та 29,75% у неврологічних та нейрохірургічних відділеннях відповідно (Зозуля І.С. і соавт., 2013).

Результати дослідження свідчать про достовірно більш якість медичної допомоги при церебральному інсульті у нейрохірургічних відділеннях порівняно з неврологічними: рівень виконання стандарту медичної допомоги становив 38,4 та 11,7% відповідно (різниця — у 3,28 раза), а невиконання — 12,0 та 50,4% відповідно (різниця — у 4,2 раза).

Встановлено відсутність спеціалізованої структури із проведення відновного лікування особам, які перенесли ГПМК, що не забезпечує організацію ефективної реабілітації пацієнтів.

Результати соціологічного дослідження серед різних категорій населення та медичних працівників дозволили отримати комплексну інформацію для оцінки об'єкту дослідження, обґрунтування системи комплексної медичної допомоги при ЦВЗ та формування висновків. Нижче наведено основні результати соціологічного дослідження за конкретними категоріями медичних працівників та населення.

### Результати соціологічного дослідження серед пацієнтів із ГХ

Найбільшу частку респондентів становили особи із ГХ з тривалістю хвороби 15–19 років (24,4±1,9%) та ≥20 років (27,8±2,0%), а найменшу — групи осіб, які хворіють протягом 5 років (5,9±1,1%). Із всіх опитаних 73,9±2,0% респондентів перебувають під диспансерним наглядом лікарів, а 26,1±2,0% — не перебувають на диспансерному обліку. Більша частка (63,7±1,8%) респондентів перебувають під диспансерним наглядом лікарів первинної ланки надання медичної допомоги (сімейні лікарі та дільничні лікарі-терапевти), а решта (36,3±2,0%) — у лікарів-спеціалістів (лікарі-кардіологи та лікарі-неврологи). Більшість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом, із профілактичною метою щоквартально (10,1%), кожні півроку (47,5±2,2%) та щорічно (42,5±2,2%) відвідують лікарів. Під час профілактичних відвідувань лікарів пацієнти проходять певний обсяг функціональних (інструментальних) та лабораторних обстежень: електрокардіографію (ЕКГ) (84,4±1,6%), біохімічні дослідження (95,9±0,9%), ультразвукове дослідження (УЗД) судин мозку (26,8±2,0%), консультації лікарів-спеціалістів (69,1±2,1%), отримують рекомендації з корекції способу життя (47,5±2,2%) та коригування медикаментозної терапії (59,3±2,2%). Встановлено, що особи із ГХ не ведуть раціонального способу життя. Так, 27,9±2,0% опитаних вживають солону, а 30,7±2,1% — жирну їжу, при цьому 25,45±2,0% — палать, а 18,8±1,8% — регулярно вживають спиртні напої. Вивчення такого важливого негативного чинника, як стреси, виявило їх практичну відсутність у 12,7±1,5%, щоденність стресів відзначають 11,5±1,4% та наявність їх по декілька разів на добу — 8,7±1,3% опитаних. 45,6±2,4% респондентів відзначили, що стреси виникають на роботі, 33,8±2,3% — вдома, а 20,6±1,9% — вдома та на роботі. За результатами дослідження встановлено, що пацієнти з ГХ ведуть недостатньо фізично активний спосіб життя. Так, займаються фізичними вправами лише 11,9±1,6% опитаних, відвідують басейн — 2,8±0,8%, активно відпочивають у вихідні дні — 5,5±1,1% та достатньо ходять пішки — 10,5±1,5%. Сидячий спосіб роботи мають 22,0±2,0%, а вільний час проводять за комп'ютером 16,4±1,8% опитаних. Хороший сон як засіб відновлення функцій організму мають 13,9±1,7%, часте безсоння відзначають 39,6±2,4% респондентів. При цьому 46,5±2,4% опитаних зазначили поверхневий сон, через який не встигають відпочити за ніч.

Рекомендації лікарів щодо здорового способу харчування отримали 59,6±4,3% респондентів, щодо організації фізичної активності — 25,5±3,8%, з усунення шкідливих звичок — 35,5±4,2%, нормалізації сну — 14,5±3,1%, подолання наслідків стресу — 18,4±3,4% опитаних. Отримані результати свідчать про надзвичайно низький рівень індивідуальної роботи лікарів із пацієнтами стосовно оптимізації



режиму та способу життя як основного фактора профілактики. За результатами дослідження встановлено, що у 66,1±2,1% випадків пацієнтам рекомендували застосовувати лікарські засоби регулярно, 23,6±1,9% — при підвищенні артеріального тиску (АТ) та 10,3±1,4% — під час стресових ситуацій, що свідчить про недостатній професійний рівень лікарів, особливо первинної ланки, в яких на диспансерному обліку перебуває основна частка пацієнтів із ГХ. Прикладом недостатньої професійності є те, що у 10,3±1,4% випадків лікарі рекомендують вимірювати АТ лише при погіршенні стану здоров'я. Важливим розділом дослідження було встановлення такого аспекту, як надання рекомендацій пацієнтам щодо їх дій при погіршенні стану здоров'я. У ході аналізу отриманих статистичних даних встановлено, що лікарі дають відповідні рекомендації пацієнтам та їх родичам щодо тактики дій при підвищенні АТ (92,1±2,4%), запамороченні (66,1±4,2%), втраті свідомості (42,3±4,4%) та порушенні мови і рухів (43,1±4,4%). Також відзначено високий рівень рекомендацій щодо режиму вимірювання АТ (93,9±3,4%) та регулярності прийому лікарських засобів (98,2±4,2%). Респонденти зафіксували високий рівень (97,5±4,4%) рекомендацій щодо тактики дій при ускладненнях ЦВЗ (Зозуля А.І., 2013б).

Встановлено недостатній рівень виконання у пацієнтів із ГХ заходів, що запобігають гіпертонічним кризам та ускладненням ГХ. Так, лише 61,4±2,2% застосовують антигіпертензивні лікарські засоби щоденно, 46,7±2,2% при стійкому підвищенні АТ звертаються до лікаря та 32,1±2,1% пацієнтів регулярно вимірюють АТ.

#### **Результати соціологічного дослідження серед категорії пацієнтів, які перенесли ГПМК**

Найбільша частка респондентів перенесли ГПМК 5–9 років тому (41,8±2,2%) та 1–4 роки тому (20,4±1,8%), а найменша — ≥20 років тому (1,4±0,5%). Слід зазначити, що серед осіб цієї категорії 94,3±1,0% перебувають під диспансерним наглядом у лікарів, у тому числі 44,9±2,2% — у лікарів-неврологів, 35,3±2,1% — у лікарів первинної ланки надання медичної допомоги та 8,4±1,2% — у лікарів-кардіологів. Під час проведення профілактичних оглядів пацієнтам найчастіше проводять лабораторне біохімічне обстеження (90,6±1,3%), УЗД судин головного мозку (41,0±2,2%), консультації лікаря-офтальмолога (90,0±1,3%), коригують медикаментозне лікування, дають рекомендації з оптимального способу життя (72,2±1,9%) та рекомендації щодо відновного лікування (41,4±2,2%). Встановлено, що ШМД до стаціонару доставлено 87,3±1,5% пацієнтів із ГПМК, а 1,45±0,5% — діставалися громадським транспортом. На виклик ШМД прибула за 20 хв у 10,6±1,4% випадків, а ≤40 хв — у 77,9±1,8% випадків. При цьому надання медичної допомоги лікарськими засобами ШМД здійснювали у 11,7±2,0% випадків,

а лікарськими засобами пацієнта — у 53,2±2,2% випадків, у 13,9±1,5% випадків лише транспортували пацієнта до лікарні. У приймальньому відділенні більшість пацієнтів (63,5±2,2%) були оглянуті лікарем та направлені до відділення за 20 хв, а 17,5±1,7% очікували госпіталізації >40 хв, при цьому медичну допомогу у приймальному відділенні надавали 6,1±1,1% пацієнтам. За перші 20 хв перебування у стаціонарному відділенні лікарем було оглянуто 53,9±2,2% пацієнтів та розпочато лікування за перші 30 хв у 18,6±1,7% осіб, оглянуто за період >20 хв 46,1±2,2% пацієнтів та розпочато лікування за >1 год — у 41,0±2,2% випадків. Магнітно-резонансну томографію (МРТ) за перші 2 год перебування у стаціонарі проведено у 19,0±1,2% випадків, в основному пацієнтам, госпіталізованим до нейрохірургічного відділення. 25,3±1,9% осіб проходили обстеження та 4,9±1,0% лікування за державний кошт, а 74,7±1,9% та 68,3±2,1% відповідно — повністю за власний кошт.

Також встановлено низький рівень раціонального способу життя респондентів. Так, 19,0±1,7% респондентів вживають солону та 20,0±1,8% жирну їжу; 18,8±1,7% — палять; 22,9±1,9% — регулярно вживають алкогольні напої; 50,6±1,9% — мають регулярні стреси, які у 38,8±2,2% виникають на роботі, а у 40,6±2,2% — вдома. При цьому 51,9±1,7% опитаних ведуть фізично малоактивний спосіб життя та 27,2±1,6% відзначають постійне безсоння, а 56,5±2,2% — поверхневий сон, що заважає нічному відпочинку. Виявлено, що більшість (46,3±2,2%) респондентів регулярно контролюють свій АТ та щоденно вживають лікарські засоби (85,9±1,5%), а в разі загрозливих симптомів (61,0–87,3%) звертаються до лікаря. Решта пацієнтів (≈25%) становлять групу ризику щодо розвитку повторного ГПМК (Зозуля А.І., 2013б).

#### **Результати соціологічного дослідження серед членів сімей осіб, які перенесли ГПМК та стали інвалідами**

Із опитаних жінок 95,9±2,6% відзначили наявність конфліктів між членами сім'ї і лише у 4,1±0,6% повідомили про відсутність сімейних конфліктів. Приблизно схожі показники отримано при соціологічному опитуванні чоловіків: 93,2±2,5% — відзначили наявність конфліктів у сім'ї, а 93,2±2,5% — їх відсутність. У 31,3±1,7% сімей чоловіків та 28,6±1,6% сімей жінок конфлікти виникають щоденно, причому у 10,4±1,0% сімей чоловіків і 9,5±0,9% сімей жінок — по декілька разів на день. Найбільшу частку (39,1±1,7% за даними чоловіків та 31,1±1,7% — за даними жінок) становлять сім'ї, в яких конфлікти виникають по декілька разів на тиждень, а найменшу частку (7,3±1,0% за даними чоловіків, 13,4±1,1% — за даними жінок) сімей становлять ті, в яких конфлікти виникають по декілька разів на місяць. Основною причиною конфліктів є наявність у сім'ї інваліда та необхідність організації за ним постійного догляду. Встановлено достатній

рівень знань членів сімей, в яких живуть інваліди внаслідок ГПМК, з таких питань, як організація харчування (100,0%), профілактика запорів (95,2%), тактика при втраті свідомості (95,5%), гігієна кімнати (86,5%), а найменший рівень знань — з питань медико-соціальної реабілітації (30,9%). Джерелом інформації щодо організації догляду за інвалідами для членів сімей є медичні сестри (45,0±2,3%) та лікарі (25,5±1,7%) первинної ланки надання медичної допомоги, робота працівників соціальних служб в цьому напрямку відзначається лише у 3,9±1,1% випадків.

#### **Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників первинної ланки медичної допомоги**

Найвище респонденти оцінили рівень своїх знань з таких питань: знання факторів ризику розвитку ЦВЗ та ГХ (81,3±1,8%), знання сучасних методів медикаментозного лікування ГХ (63,7±%), знання методів усунення факторів ризику розвитку ЦВЗ із залученням сім'ї (65,1±2,3%). Водночас відзначено недостатній рівень знань щодо сучасних методів функціонального (інструментального) та лабораторного обстеження на виявлення ЦВЗ (49,5±%). Другим аспектом готовності є вміння лікарів використовувати знання у практичній діяльності. Своє вміння лікарі первинної ланки оцінили таким чином: уміння надавати НМД при ГПМК, застосовуючи сучасні методи медикаментозної та безмедикаментозної терапії (76,9±2,0%), уміння коригувати спосіб життя пацієнтів із ЦВЗ (80,4±1,9%), уміння виявляти фактори ризику розвитку ЦВЗ (71,2±2,2%).

У структурі самооцінки рівня знань та вмінь із питань організації медичної допомоги пацієнтам із ЦВЗ рівень знань лікарів загальної практики — сімейних лікарів достовірно вищий, ніж дільничних лікарів-терапевтів. Основними джерелами інформації для лікарів первинної ланки з питань надання сучасних видів медичної допомоги при ЦВЗ є курси спеціалізації (сімейні лікарі) (18,0±1,8%); заняття, що проводить Українська асоціація сімейних лікарів (сімейні лікарі) (16,7±1,8%); інтернет (42,5±2,4%), періодичні наукові видання (24,9±2,1%); передатестаційні цикли як джерело нової інформації (13,5±1,6%).

Відзначено, що в діагностичному плані доступність сучасних методів функціонального (інструментального) та лабораторного обстеження на виявлення ЦВЗ на первинному рівні становить 19,9±1,9%, у лікувальному плані — можливість застосування сучасних методів медикаментозного лікування ЦВЗ в амбулаторних умовах становить 65,3±2,3%, а забезпеченість засобами для надання НМД при ГПМК — 10,5±1,5%. При цьому респонденти зазначили відсутність часу для індивідуальної роботи з коригування способу життя людей із ЦВЗ, індивідуальної роботи з пацієнтами щодо усунення ними факторів ризику розвитку ЦВЗ, роботи на рівні сім'ї з навчання методів відновного лікування осіб при наслідках ГПМК. Частка респон-

дентів, які вказали на недостатність часу на профілактичну роботу, достовірно значуща ( $p < 0,01$ ) і становить  $98,9 \pm 2,3\%$  порівняно з  $1,1 \pm 0,5\%$  респондентів, які мають час на її проведення.

#### Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників бригад ШМД

Згідно з результатами дослідження, найскладнішою проблемою в організації вчасного прибуття бригад ШМД до пацієнтів є наявність на дорогах заторів, що заважають проїзду санітарного автотранспорту ( $90,4 \pm 1,6\%$ ), у зв'язку з чим у  $26,2 \pm 2,7\%$  випадках ШМД прибуває на місце виклику у термін  $>40$  хв. Також відзначено достатньо високий рівень забезпеченості бригад ШМД лікарськими засобами та засобами медичного призначення для надання екстреної медичної допомоги при ГПМК ( $89,8 \pm 1,6\%$ ), що підтверджено офіційним підвищенням рівня фінансування служби екстреної медичної допомоги на придбання лікарських засобів та засобів медичного призначення. Але при цьому відзначається достовірно низький рівень укомплектування машин ШМД обладнанням для підтримки життєво важливих функцій організму під час транспортування ( $27,3 \pm 2,4\%$ ) та умовами для безпечного транспортування пацієнтів у важкому стані ( $27,3 \pm 2,4\%$ ).

Встановлено, що у  $83,4 \pm 2,0\%$  випадків госпіталізація пацієнтів, доставлених ШМД, проводиться через приймальне відділення, а у  $16,6 \pm 2,0\%$  у зв'язку з тяжкістю стану — безпосередньо у стаціонарне відділення. У зв'язку з тим що у  $70,7 \pm 2,4\%$  випадках лікаря, який приймає пацієнта, викликають у приймальне відділення із стаціонарного, процес передачі пацієнта від бригади ШМД до лікарні у  $41,6 \pm 2,7\%$  випадків затягується  $>20$  хв.

Основними джерелами отримання інформації щодо надання сучасних видів медичної допомоги при ЦВЗ є передатестатійні цикли ( $73,3 \pm 2,4\%$ ); заняття, організовані в ЗОЗ ( $73,8 \pm 2,4\%$ ); інтернет ( $36,9 \pm 2,6\%$ ) та наукова література ( $55,8 \pm 2,7\%$ ). Зазначимо, що періодичні наукові видання вивчають лише  $22,1 \pm 2,2\%$  медичних працівників ШМД.

#### Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників стаціонарних відділень, в яких проводиться лікування пацієнтів із ЦВЗ

Результати дослідження свідчать про те, що найбільша частка пацієнтів надходить до стаціонарних відділень у стані середньої тяжкості ( $48,6 \pm 3,8\%$ ) та у важкому стані ( $24,0 \pm 3,2\%$ ), а найменша — у критичному стані ( $6,9 \pm 1,9\%$ ). У легкому стані на стаціонарне лікування надходять  $20,6 \pm 3,1\%$  пацієнтів.

Також усі лікарі-нейрохірурги та лікарі-анестезіологи повністю ( $94,4 \pm 3,8$  та  $77,9 \pm 5,0\%$  відповідно) або частково ( $5,6 \pm 3,8$  та  $22,1 \pm 5,0\%$  відповідно) ознайомлені з галузевими стандартами надання медичної допомоги при ГПМК. Рівень ознайомлення лікарів-терапевтів достовірно нижчий:  $28,8 \pm 5,9\%$  з них не ознайомле-

ні зі стандартами та  $55,9 \pm 6,5\%$  — частково ознайомлені.

Можливість цілодобового проведення МРТ, УЗД судин головного мозку та лабораторного біохімічного експрес-обстеження відзначають  $66,3 \pm 3,6\%$  лікарів. Операційні для хірургічного втручання при геморагічному та ішемічному інсульті завжди готові до прийому пацієнтів у нейрохірургічних відділеннях, а лікарські засоби для проведення невідкладної терапії наявні практично у всіх відділеннях ( $77,1 \pm 3,2\%$ ), куди поступають пацієнти з гострим станом. Доступність проведення тромболітичної терапії вкрай обмежена. Можливість організації НМД та лікування пацієнтів відповідно до галузевого стандарту достовірно вища у лікарів-нейрохірургів та лікарів-неврологів.

Усі респонденти мають можливість проходити навчання на передатестатійних циклах. За даними дослідження  $61,1 \pm 3,7$  з опитаних вивчають наукову літературу та  $74,9 \pm 3,3\%$  — періодичні наукові видання. Заняття на рівні ЗОЗ як засіб безперервного підвищення професійної майстерності з надання медичної допомоги при ГПМК відзначили  $59,4 \pm 3,7\%$  респондентів. Серед інших форм безперервного підвищення професійної майстерності  $86,9 \pm 2,6\%$  респондентів назвали інтернет та  $35,4 \pm 3,6\%$  — курси тематичного удосконалення.

При дослідженні організації нейрохірургічної допомоги пацієнтам із ГПМК в Олександрівській клінічній лікарні встановлено, що в організаційному плані відділення має організаційну структуру і забезпечено підготовленими кадрами та обладнанням, необхідним для надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВЗ на сучасному рівні.

Результати аналізу контингенту пацієнтів за віком, статтю і розподілом за термінами доправлення до стаціонару, стану та наявності супутніх захворювань свідчили про таке: середній вік жінок, які захворіли, перевищував такий у чоловіків на  $7,0 \pm 3,2$  року і становив  $71,4 \pm 1,2$  року. При дослідженні модифікованих факторів ризику у пацієнтів домінувала артеріальна гіпертензія ( $98,0\%$ ), миготлива аритмія ( $22,0\%$ ), цукровий діабет ( $19,0\%$ ), гіперхолестеринемія ( $45,0\%$ ). Співвідношення ішемічного та геморагічного інсультів становило 3:1.

Встановлено значну частку госпіталізації пацієнтів у період терапевтичного вікна. Так, у період 0–3 год госпіталізовано  $44\%$  пацієнтів, 3–6 год —  $15\%$ , 6–12 год —  $9\%$ , 12–24 год —  $12\%$ ,  $>24$  год —  $20\%$  пацієнтів.

Кількість пролікованих пацієнтів із гострим ЦВЗ за 2009–2011 рр. зросла в  $1,54$  раза і становила у 2011 р.  $1775$  пацієнтів. Слід зазначити, що при зростанні загальної кількості проведених операцій у  $1,36$  раза, хірургічна активність знизилася в  $1,23$  раза та становила  $38,1\%$ . Проведені дослідження свідчать про те, що у 2011 р. на одного прооперованого пацієнта в середньому виконано  $1,35$  оперативних втручань.

Найчастіше використовують такі методи дослідження, як ультразвукове дуплексне сканування магістральних артерій голови (УЗДС МАГ) і транскраніальна ультразвукова доплерографія (ТК УЗДГ). У 2009 р. обстеження вищезазначеними методами відбувалося 4 рази відносно кожного пацієнта зі зниження частоти обстеження у 20011 р. до  $1,5$  раза. Наступною за частотою використання в діагностичному плані є МРТ. У 2009 р. застосування цього методу проводили на рівні  $1,6$  раза на пацієнта, з подальшим скороченням частоти застосування. Так, у 2010 р. за допомогою МРТ обстежено лише  $58,0\%$ , у 2011 р. —  $94,3\%$  пацієнтів, що є показником недостатнього рівня використання стандарту обстеження. Наступними за частотою використання є рентгенологічне обстеження, електроенцефалографія та церебральна ангиографія —  $42,3$ ;  $38,8$  та  $21,0\%$  відповідно. За реєстровано скорочення в  $6,79$  раза рівня використання такого методу діагностичного дослідження, як УЗДГ інтраопераційно, з показником  $4,4\%$  у 2011 р. У межах терапевтичного вікна обстежено та встановлено клінічні діагнози у  $58\%$  пацієнтів із використанням сучасних методів візуалізації процесу та залежно від терміну виклику ШМД, терміну доправлення пацієнта до лікарні та організації діагностичного процесу у клініці. Обстежено в термін  $<2$  год перебування в клініці зі встановленням клінічного діагнозу  $34\%$  пацієнтів, у проміжку 2–6 год обстежено  $24,0\%$  пацієнтів, 6–12 год —  $20\%$  пацієнтів. Час обстеження та встановлення діагнозу, що відповідав 12–24 год перебування у стаціонарі, встановлено у  $14\%$  пацієнтів, а  $>24$  год — у  $8\%$  пацієнтів.

Також за період дослідження змінилася структура методів хірургічного втручання у пацієнтів із гострою цереброваскулярною патологією. Зменшилася частка рутинних хірургічних втручань і збільшилася частка сучасних хірургічних методів лікування пацієнтів. Так, у 2011 р. частка видалення інсульт-гематоми скоротилася в  $2,46$  раза та становила  $18,3\%$ , частка кліпування аневризми судин зменшилася в  $1,99$  раза та становила  $34,1\%$ , а частка вентрикуло-люмбальних дренажів скоротилася в  $12,6$  раза та становила  $13,0\%$ . За період дослідження застосування методу стентування збільшилося в  $2,73$  раза та становило  $10,1\%$ , використання тромболітизму збільшилося в  $1,2$  раза та становило  $3,0\%$ . Використання фармакологічної ангиопластики збільшилося в  $9,15$  раза та становило  $18,3\%$ .

Важливою складовою медичної допомоги при інсульті є призначення адекватної вторинної профілактики захворювання. Частка пацієнтів з ішемічним інсультом, які отримували антиагреганти, становила  $83,4\%$ , пацієнтів із встановленим кардіо-емболічним інсультом, які отримували пероральні антикоагулянти, —  $50\%$ . Також встановлена частка пацієнтів з ішемічним інсультом, яким не призначали ні антикоагулянтів, ні антиагрегантів —  $4,2$  та  $6,0\%$  відповідно (Зозуля І.С. та співавт., 2012а).



Відзначено недостатньо високий рівень застосування таких груп лікарських препаратів, як антиагреганти, при некардіоемболічному ішемічному інсульті (98,0%), гіпотензивні препарати — при артеріальній гіпертензії (95,7%) та нейропротекторні лікарські засоби (96,3%). Також недостатньо застосовували такі групи препаратів, як антикоагулянти, при кардіоемболічному інсульті (87,0%), протидіабетичні препарати — при виявленні цукрового діабету (86,1%), та лише 54,3% пацієнтів із гіперхолестеринемією приймали препарати, що знижують рівень холестерину. При цьому встановлено зниження летальності як безпосередньо у відділенні нейрохірургії (в 1,8 раза з рівнем 0,5%), так і сукупно з реанімаційним відділенням (в 1,7 раза з рівнем 5,6%).

#### Ефективність різних методів лікування за період дослідження

З метою вивчення ефективності різних методів лікування за період 2009–2011 рр. пацієнтів розподілено на дві основні та дві контрольні групи.

До складу 1-ї основної групи ( $n=238$ ) увійшли пацієнти, в яких у процесі лікування застосовували сучасні методи хірургічного втручання: мікрохірургічні, ендоскопічні (ендоваскулярного тромбування артеріальних аневризм артеріовенозних мальформацій головного мозку з використанням балонної асистенції та стентів, транскраніального кліпування).

До 2-ї основної групи увійшли пацієнти ( $n=37$ ), в яких у процесі лікування застосовували метод тромболізу (Зозуля А.І. та співавт., 2012; Зозуля І.С. та співавт., 2012б).

До 1-ї контрольної групи увійшли пацієнти ( $n=429$ ), в яких у процесі лікування застосовували класичні методи хірургічного втручання: видалення інсульт-гематоми, вентрикулярне та люмбальне дренивання, тромбектомію, трахеотомію, ендартеректомію, декомпресивну трепанацію.

До 2-ї контрольної групи увійшли пацієнти ( $n=366$ ), в яких у процесі лікування застосовували методи консервативного лікування.

Стан пацієнтів за модифікованою шкалою Ренкіна (modified Rankin Scale — mRS) оцінено в 0–1 бал, тобто такий, що дозволяє хворим виконувати попередню роботу та вести активний спосіб життя на 21-й день захворювання, визначений у 61,8 та 78,3% пацієнтів 1-ї та 2-ї основних груп відповідно та 55,4 і 27,0% — 1-ї та 2-ї контрольних груп відповідно. Різниця граничних показників становила 2,9 раза ( $p<0,05$ ) на користь основних груп. Стан здоров'я за шкалою Ренкіна оцінено у 4–5 балів, що відповідає I групі інвалідності, у 1-й та 2-й основних групах у 23,0 та 8,2% випадках, а в 1-й та 2-й контрольних групах — у 22,0 та 38,0% випадків відповідно. Різниця граничних показників становила 4,6 раза ( $p<0,01$ ) на користь основних груп.

Серед пацієнтів 1-ї основної групи пневмонію як ускладнення діагностували у 0,8% випадків, а у пацієнтів 2-ї основної групи — пневмонія не діагностована. У пацієнтів 1-ї та 2-ї контрольних груп пневмо-

нію діагностували у 0,9 та 1,09% випадків відповідно.

Як найважливіший індикатор при оцінці результативності застосування лікувальних методів у пацієнтів різних груп нами використано показник загальної та післяопераційної летальності.

У пацієнтів 1-ї основної групи післяопераційну та загальну летальність зареєстровано на рівні 9,1%. У пацієнтів 2-ї основної групи летальність не зареєстрована.

У пацієнтів 1-ї контрольної групи післяопераційна та загальна летальність зареєстровані на рівні 32,5 та 58,4% відповідно.

Додобову летальність зареєстровано лише у пацієнтів 1-ї та 2-ї контрольних груп на рівні 2,6 та 6,5% відповідно.

Різниця граничних показників післяопераційної летальності становила 3,57 раза ( $p<0,01$ ) на користь основних груп, а різниця граничних показників загальної летальності становила 6,42 раза ( $p<0,01$ ) також на користь основних груп.

Таким чином, отримані результати дослідження свідчать про достовірно більш високу медичну ефективність сучасних методів хірургічного лікування, що застосовували у пацієнтів 1-ї та 2-ї основних груп: мікрохірургічного методу, ендоскопічних технологій та, зокрема, ендоваскулярного тромбування артеріальних аневризм артеріовенозних мальформацій головного мозку з використанням балонної асистенції та стентів, транскраніального кліпування і тромболізу.

При вивченні причин летальності пацієнтів із ГПМК в молодому віці у ході проведення дослідження встановлено, що ШМД доставлено 99 (77,95%) хворих. У період 0–3 год доставлено 94 (74%) хворих, 3–6 год — 15 (11,81%), 6–12 год — 6 (4,72%), 12–48 год — 11 (10,47%). Усі хворі доставлені у тяжкому стані, серед яких у комі I ступеня — 18 (14,17%), комі II ступеня — 29 (22,83%), комі III ступеня — 35 (27,57%). Причини інсульту становили артеріальна гіпертензія, аномалії судин головного мозку, патологія серця, атеросклероз, цукровий діабет та ін. Інфаркт стовбура мозку діагностовано у 7 пацієнтів, півкульний інфаркт — у 14, з локалізацією в мозочку — у 2 пацієнтів.

Основні ускладнення інсульту становили пневмонія (18%), гостра ниркова недостатність (15%), інфаркт міокарда (25%), набряк легень (16,5%), набряк і набухання речовини головного мозку (44,8%), геморагічна трансформація ішемічного інсульту (3,2%).

Летальність зареєстрована протягом 1 доби у 20,5%, 1–3 дб — 30,7%, 4–8 дб — 31,5%, 9–12 дб — 9,5%, 13–18 дб — 4,0%, 19–21 доби — 3,2% і >21 доби — у 0,8% хворих.

Також встановлено недоліки догоспітального періоду в наданні медичної допомоги, а саме: на етапі госпіталізації не проведено гемодіалізу у 15% пацієнтів; не виконано введення повітроводу при ішемічному інсульті у 4,8% пацієнтів, при геморагічному — у 30,0%; відсутність катеризації вени — у 15,5 і 44,7% відповідно; надмірне зниження АТ у 5,0 і 30,8% відпо-

відно; введення глюкози у 3,8 і 22,3% відповідно; не введення антиаритмічних препаратів — у 1,9 і 2,9% відповідно; не проведення ЕКГ-діагностики — у 8,7 і 18,44% пацієнтів відповідно.

#### Висновки

На основі комплексного медико-соціального дослідження розроблено концептуальну модель створення якісно нової комплексної системи медичної допомоги при ЦВЗ. Складовою концептуальної моделі комплексної медичної допомоги при судинній патології головного мозку стали запропоновані шляхи досягнення визначеної мети та поставленого завдання, до яких віднесено: первинна і вторинна профілактика судинної патології головного мозку; своєчасна діагностика захворювань; ефективна первинна та НМД; своєчасне та ефективне комплексне стаціонарне лікування; своєчасне та ефективне відновне лікування (Зозуля А.І., 2012; Зозуля А.І., 2013а; Зозуля А.І., Слабкий Г.О., 2013).

Опрацьовані стратегічні завдання щодо забезпечення населення із ЦВЗ доступною та якісною медичною допомогою:

- профілактика захворювань шляхом формування у населення відповідального ставлення до свого здоров'я та забезпечення оптимального способу життя з мінімізацією та усуненням факторів розвитку ЦВЗ;
- виявлення осіб (сімей), що належать до групи ризику розвитку ЦВЗ та проведення з ними індивідуальної (сімейної) роботи щодо зміни способу життя та оздоровлення;
- раннє виявлення осіб з ураженням судин головного мозку і забезпечення їх оздоровлення та усунення (мінімізація) факторів, що сприяють цьому процесу;
- диспансерний нагляд осіб, які мають захворювання — фактори розвитку ураження судин головного мозку, з їх лікуванням, оздоровленням та формуванням оптимального способу життя;
- за наявності ЦВЗ — проведення комплексу заходів:
- для осіб із ЦВЗ — диспансерний нагляд відповідно до розроблених програм із заходами, спрямованими на вторинну профілактику, запобігання розвитку ускладнень та навчання тактики дій при їх виникненні;
- для осіб з ГХ — диспансерний нагляд, відповідно до розроблених програм, із заходами, спрямованими на вторинну профілактику, запобігання розвитку церебрального інсульту та навчання тактики дій при їх виникненні;
- при розвитку церебрального інсульту — своєчасний виклик бригади екстреної медичної допомоги з наданням відповідної стану пацієнта медичної допомоги на догоспітальному етапі та надання медичної допомоги в межах доказової бази на ранньому догоспітальному і госпітальному етапах;
- проведення відновного лікування на всіх етапах надання медичної допо-

моги та медико-соціальна реабілітація в післястаціонарний період;

- диспансеризація на післястаціонарному етапі з приводу перенесеного ГПМК і третинна профілактика ускладнень ЦВЗ;
- для членів сімей, в яких живуть особи з ЦВЗ, — ознайомлення з основами способу життя для вторинної профілактики і лікувального режиму та навчання тактиці дій при виникненні ускладнень, а якщо такі особи перенесли ГПМК — навчання основам соціальної реабілітації та догляду залежно від стану.

Розроблено модель практичного забезпечення стратегічних завдань, яка відображає рівні надання медичної допомоги та її етапи, а також необхідні ресурси в рамках міжсекторальної та міжгалузевої взаємодії з досягнення поставлених стратегічних завдань.

Обґрунтовано та розроблено якісно нову систему комплексної медичної допомоги при ЦВЗ, інноваційними напрямками в якій є:

- структурна перебудова системи із функціональною оптимізацією ПМСД, ШМД, система підготовки медичних кадрів та впровадження якісно нових елементів: нейросудинних центрів, спеціалізованих відділень відновного лікування, волонтерських організацій, хоспісів, комплексних бригад медичних та соціальних працівників, реєстру пацієнтів, інтеграція яких із раніше існуючими та функціонально удосконаленими елементами надала системі нових якостей із досягненням основної мети дослідження;
- запровадження сучасних підходів щодо управління системою організації комплексної медичної допомоги при судинній патології головного мозку;
- забезпечення міжсекторального підходу в комплексній системі медичної допомоги при судинній патології головного мозку із залученням служб соціального захисту населення, волонтерів, працевдавців, представників органів управління, що приймають рішення з метою створення оптимальних умов для профілактики захворювань та підвищення якості життя населення, особливо її визначеної категорії;
- впровадження системи контролю якості ISO 1900–2008;
- розробка локальних клінічних протоколів для визначеної медичної території;
- оптимізація кадрової політики з переходом у визначення функцій медичного персоналу з позиції компетентісного підходу та персоналізованої оцінки їх діяльності.

Проведено експертну оцінку системи 50 експертами, які позитивно оцінили запропоновану систему в цілому (96,0%). Найнижчий рівень позитивної оцінки отримала позиція щодо забезпечення міжсекторального підходу в комплексній системі медичної допомоги при судинній патології головного мозку із залученням служб соціального захисту населення, волонтерів, працевдавців, представників органів управ-

ління, які приймають рішення, з метою створення оптимальних умов для профілактики захворювань та підвищення якості життя населення, особливо її певної категорії (90,0%), та створення нейросудинних центрів (відділень) із мультидисциплінарними бригадами надання екстреної нейрохірургічної допомоги жителям міста Києва із застосуванням тромболітичної терапії та диспетчерською службою для координації їх роботи (92,0%).

Впровадження окремих елементів запропонованої системи показали її медичну, соціальну та економічну ефективність.

За результатами дисертаційного дослідження сформовано наукову новизну, теоретичне та практичне значення отриманих результатів.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у тому, що вперше в Україні:

- комплексно представлені проблеми за рівнями й етапами організації медичної допомоги населенню при ЦВЗ у мегаполісі та шляхи їх вирішення із досягненням позитивних медичних, соціальних і економічних результатів;
- встановлено рівень захворюваності щодо ЦВЗ населення мегаполісу на сучасному етапі соціально-економічного розвитку держави, наявність факторів ризику їх розвитку та розвитку гострих ускладнень залежно від вікостатевих характеристики населення;
- досліджено структуру, показники та ефективність надання медичної допомоги при ЦВЗ населенню мегаполісу на різних її рівнях та етапах;
- встановлено рівень виконання населенням із факторами ризику розвитку ЦВЗ призначень лікарів щодо лікування, способу життя тактики дій при загрозливих станах та чинників невиконання цих призначень;
- досліджено рівень догоспітальної летальності при ГПМК та чинники, що його визначають, готовність бригад ШМД мегаполісу до надання своєчасної та ефективної медичної допомоги пацієнтам із церебральним інсультом;
- визначено рівень готовності ПМСД до надання комплексної медичної допомоги населенню із ЦВЗ та факторами ризику їх розвитку;
- запропоновано індикатори якості та ефективності медичної допомоги при ЦВЗ за її рівнями та етапами;
- встановлено ефективність застосування різних методів лікування в нейрохірургічному стаціонарі;
- визначено ефективність та обґрунтовано якісно нову комплексну систему медичної допомоги при ЦВЗ на рівні мегаполісу, що базується на комплексному підході за рівнями та етапами її надання, а також на всіх складових — від профілактики, своєчасного виявлення, диспансеризації, ефективного лікування та інтенсивної медичної допомоги до відновного лікування із застосуванням міжгалузевого підходу.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що його результати стали підґрунтям для розробки

стратегії розвитку системи комплексної медичної допомоги при ЦВЗ та їх профілактики на рівні мегаполісу, на сучасному етапі соціально-економічного розвитку.

Позитивна оцінка запропонованої системи експертами (96,0%), медична, соціальна та економічна ефективність впровадження окремих її елементів та відповідність міжнародним підходам дає можливість рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров'я країни.

## Список використаної літератури

**Варакин Ю.А.** (2005) Распространенность и структура цереброваскулярных заболеваний в различных регионах СССР по данным одномоментного эпидемиологического исследования. Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 11: 7–10.

**Волошин П.В., Міщенко Т.С., Лекомцева Е.В.** (2006) Аналіз поширеності та захворюваності на нервову хвороби в Україні. Міжнарод. неврол. журн., 3(7): 9–13.

**Гуляєва Д.В., Петренко О.Э., Гуляєва М.В.** (2006) Об организации борьбы с инсультом. Судин. захворювання голов. мозку, 1: 8–22.

**Гуляєва М.В., Поліщук М.Е.** (2011) Реформування галузі охорони здоров'я: ви готові? Судин. захворювання голов. мозку, 3(4): 2.

**Жданова М.П., Зінченко О.М., Голубчиков М.В., Міщенко Т.С.** (2008) Стан неврологічної служби в Україні 2008 р. (МОЗ України). Харків, 24 с.

**Зозуля А.И.** (2013а) Основные принципы реорганизации медицинской помощи при сосудистых заболеваниях головного мозга в Украине. Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа, 22(18): 11–17.

**Зозуля А.И.** (2013б) Результаты комплексного социологического исследования среди разных категорий населения по поводу цереброваскулярных заболеваний. Укр. часопис, 3(95): 150–154 (<http://www.umj.com.ua/article/59823>).

**Зозуля А.И., Слабкий Г.О.** (2013) Усовершенствование системы оказания медицинской помощи населению при цереброваскулярных заболеваниях — составляющей общей реформы здравоохранения в Украине. Междунар. неврол. журн., 7(61): 111–117.

**Зозуля А.И.** (2012) Характеристика оптимизированной медицинской помощи при судинной патологии головного мозга. Укр. мед. часопис, 6(92): 103–107 (<http://www.umj.com.ua/article/47155>).

**Зозуля А.И., Камінський А.О., Нечипорук О.О., Зозуля І.С.** (2012) Ефективність надання медичної допомоги хворим з інсультом в умовах провідних нейрохірургічних відділень м. Києва. Зб. наук. праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шуплика, Київ, 2(4): 174–184.

**Зозуля І.С., Зозуля А.И., Слабкий Г.А.** (2013) Пути оптимизации оказания медицинской помощи при инсульте. Экстренная медицина, 1(5): 64–68.

**Зозуля І.С., Зозуля А.И., Оноприенко О.П.** (2012а) Поетапна медична реабілітація хворих на інсульт. Лік. справа. Врачеб. дело, 7: 76–79.

**Зозуля І.С., Лисенко Р.І., Латоха І.О., Зозуля А.И.** (2011) Сучасний стан проблеми діагностики, перебігу, лікування гострих порушень мозкового кровообігу в поліклінічних умовах. Укр. мед. часопис, 6(86): 30–38 (<http://www.umj.com.ua/article/21394>).

**Зозуля І.С., Слабкий Г.О., Зозуля А.И.** (2012б) Тактичні питання ведення хворих на гострий інфаркт мозку. Укр. мед. часопис, 1(87): 24–25 (<http://www.umj.com.ua/article/25859>).

**Князевич В.М.** (2008) Основні особливості та тенденції розповсюдженості хвороб системи кровообігу та ревматичних захворювань в Україні за 1998–2007 рр. Центр медичної статистики МОЗ України, Київ, с. 6–10.



Корнацький В.М., Євенок І.Л. (2011) Медико-соціальні проблеми цереброваскулярних хвороб в Україні. Укр. кардіологіч. журн., 1: 85–91.

Кравіва А.А., Слабкий Г.О., Зозуля А.І., Авраменко О.І. (ред.) (2013) Аналіз стану здоров'я населення працездатного віку. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, 2011 рік. Київ, с. 80–85.

## Проблеми, стоящі перед дослідниками относительно цереброваскулярних болезней в целом и инсульта в частности

А.И. Зозуля, Г.А. Слабкий, И.С. Зозуля

**Резюме.** В нашей стране сердечно-сосудистая и сосудисто-мозговая патология является причиной около 1/3 летальных случаев и 1/2 случаев инвалидности, что существенно сокращает продолжительность и ухудшает качество жизни населения. По данным Министерства здравоохранения Украины, в 2008 г. зарегистрировано более 3 млн больных (6,4% населения страны) с сосудистой патологией головно-

го мозга, инсульт диагностировали у почти 120 тыс. пациентов. Каждые 5 мин фиксировали заболевание и каждые 15 мин — летальный исход вследствие острого нарушения мозгового кровообращения. По прогнозам международных экспертов, в ближайшие 10–20 лет ожидается глобальный рост заболеваемости патологией головного мозга сосудистого генеза, обусловленной демографическим старением населения, урбанизацией и нездоровым образом жизни.

**Ключевые слова:** цереброваскулярные заболевания, инсульт, оказание медицинской помощи, система комплексной медицинской помощи.

## Challenges facing researchers in the field of cerebrovascular disease in general and stroke in particular

A.I. Zozulia, G.A. Slabkyi, I.S. Zozulia

**Summary.** In our country of cardiovascular and cerebrovascular disease is responsible for about two thirds of fatal cases and 3.1 cases

of disability, which significantly reduces the duration and impairs the quality of life of the population. As reported by the Ministry of Health Ukraine in 2008 were more than 3 million patients (6.4% of the population) with vascular pathology of the brain, a stroke diagnosed almost 120 thousand patients among which one man became ill every 5 minutes and one man died every 15 minutes from acute cerebrovascular disorder. According to the forecasts of international experts, in the next 10–20 years is expected to increase in the global incidence of cerebral pathology of vascular origin, due to the demographic aging of the population, urbanization and an unhealthy lifestyle.

**Key words:** cerebrovascular diseases, strokes, rendering medical aid, system of comprehensive medical aid.

### Адреса для листування:

Зозуля Андрій Іванович  
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9  
Національна медична академія  
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
кафедра медицини невідкладних станів  
Одержано 17.09.2014

## Реферативна інформація

### Противовоспалительные препараты могут спасти от депрессии

Связь между депрессией и воспалением длительное время является предметом изучения многих исследований. По имеющимся данным депрессию не только чаще выявляют у лиц с хроническими заболеваниями, сопровождающимися системным воспалением, но и при выявлении депрессии у соматически здоровых лиц часто констатируют сопутствующее повышение медиаторов воспаления. Кроме того, повышение уровня провоспалительных цитокинов или интерферона- $\alpha$ , вызванное искусственно (при лечении злокачественной меланомы или вирусного гепатита В), также приводит к депрессии.

Само по себе любое заболевание, сопровождающееся локальным и системным воспалением, приводит к значительным изменениям в поведении человека, которые ученые характеризуют как «болезненное поведение». Симптомы этого состояния испытывал на себе каждый человек, ведь повышение уровня медиаторов воспаления сопровождается практически любой патологический процесс в организме, включая инфекционный (например острые респираторные вирусные инфекции). К проявлениям болезненного поведения относят снижение аппетита, ангедонию, нарушение сна, концентрации внимания, снижение активности, общий дискомфорт — все то, что отмечают и при депрессивных расстройствах.

С учетом выявленной взаимосвязи между этими феноменами неудивительно, что в настоящее время проводится много исследований, оценивающих влияние противовоспалительных препаратов на симптомы депрессивных расстройств. Доктор медицины Оле Колер (Ole Kohler) и соавторы в своей свежей публикации в журнале «JAMA Psychiatry» привели результаты метаанализа всех релевантных исследований, посвященных этой теме. И согласно этим результатам, применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), действительно, может помочь справиться с депрессией.

В анализ включили 14 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в 10 из которых оценивали эффективность НПВП и в 4 — цитокиновых ингибиторов. В этих исследованиях при помощи специальных шкал измеряли симптомы депрессии до и после лечения и анализировали, имеются ли различия в улучшении состояния

пациентов, дополнительно принимавших противовоспалительную терапию или плацебо. Поскольку в этих РКИ применяли разные шкалы, для сравнения их результатов подсчитывали стандартизованную разность средних (СРС). В данном случае чем СРС ниже, тем эффект от активного лечения выше.

В целом в сравнении с плацебо противовоспалительная терапия уменьшала выраженность симптомов депрессии (СРС  $-0,34$ ; 95% доверительный интервал (ДИ)  $-0,57...-0,11$ ). Этот эффект прослеживался в исследованиях с пациентами с большим депрессивным расстройством (СРС  $-0,54$ ;  $-1,08...-0,01$ ) и с отдельными симптомами депрессии (СРС  $-0,27$ ; 95% ДИ  $-0,53...-0,01$ ).

Результаты анализа по подгруппам свидетельствуют, что среди применяемых препаратов антидепрессивный эффект в сравнении с плацебо был у селективного ингибитора циклооксигеназы цефекоксиба (СРС  $-0,29$ ; 95% ДИ  $-0,29$ ). У тех, кто дополнительно принимал этот препарат, вероятность наступления ремиссии была выше в 7,89 раза, чем у плацебо-группы, а вероятность клинически значимого ответа на терапию — в 6,59 раза.

В результате анализа 6 исследований, в которых оценивали побочные эффекты лечения, не установлено различий в частоте выявления желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых событий после 6 нед и инфекций после 12 нед лечения между противовоспалительной терапией и плацебо.

Следует отметить, что ученые подчеркивают необходимость в осторожной интерпретации полученных данных, поскольку во всех РКИ риск систематической ошибки был высоким. По их мнению, вполне вероятно, что в перспективе будут определены группы пациентов с депрессией, которым будет показана противовоспалительная терапия. Также не исключена возможность разработки нового антидепрессивного препарата, механизм действия которого будет связан с влиянием на медиаторы воспаления.

**Kohler O., Benros M.E., Nordentoft M. et al.** (2014) Effect of Anti-inflammatory Treatment on Depression, Depressive Symptoms, and Adverse Effects: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA Psychiatry, 15 October [Epub ahead of print].

**Soskin D.P., Cassiello C., Isacoff O., Fava M.** (2012) The Inflammatory Hypothesis of Depression. Focus, 10: 413–421.

Виталий Безшейко