

Тактичні питання ведення хворих на гострий інфаркт мозку

I.С. Зозуля¹, Г.О. Слабкий², А.І. Зозуля³

¹Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

²Державна установа «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Київ

³Олександрівська міська клінічна лікарня, Київ

У роботі наведено деякі дані епідеміології цереброваскулярних захворювань, регламентуючі документи щодо ведення пацієнтів із гострим інсультом на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, сучасний погляд на удосконалення системи (моделі) надання екстреної медичної допомоги при гострому інсульті.

Ключові слова: цереброваскулярна патологія, гострий ішемічний інсульт, надання медичної допомоги, профілактика, гострі порушення мозкового кровообігу, інвалідизація, смертність, захворюваність, інсультний центр, реабілітація, тромболізис, геморагічний інсульт.

Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) залишаються актуальною проблемою медичної та соціальної значимості у зв'язку з їх значною поширеністю і високою інвалідизацією і смертністю. Проведені в різних країнах дослідження виявляють чітку залежність між якістю організації та надання медичної допомоги хворим на інсульт і показниками смертності та інвалідності.

Статистичні дані свідчать, що смертність від інсульту в середньому по Україні достовірно корелює із захворюваністю. Проте якщо рівень захворюваності між регіонами відрізняється максимум в 5,3 раза, то смертність — у 20 разів. Причиною цього є різні рівні ефективності надання медичної допомоги в різних регіонах країни, що підтверджується і різними показниками госпітальної смертності.

Якість медичної допомоги оцінюється за трьома напрямками: за структурою, процесом і результатом. Структура характеризує матеріальне забезпечення надання медичної допомоги, ресурси, персонал, а також організаційні характеристики. Під процесом розуміють характер необхідної допомоги, її своєчасність, обґрунтованість, адекватність її обсягу та методів лікування, узгодженість дій і наступність. Результат описує результат наданої медичної допомоги, включаючи задоволеність хворого лікуванням, біологічні зміни в результаті захворювання, ускладнення і смертність.

Госпітальний етап надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом є визначальним. Незважаючи на досягнення останніх років в розробці нових методів діагностики та лікування ГПМК, якість надання стаціонарної допомоги у багатьох лікувально-профілактичних закладах України залишається на низькому рівні, що зумовлено різними підходами до ведення хворих, відсутністю єдиних стандартів лікування цереброваскулярної патології, зокрема інсульту. У багатьох регіонах відсутні інсультні відділення із палатами інтенсивної терапії з мультидисциплінарною

бригадою лікарів та цілодобовою візуалізацією (комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), ультразвукова діагностика (УЗД), ангиографія за необхідності). Сьогодні стоїть питання створення відділень медицини невідкладних станів на базі приймальних відділень та інсультних центрів, де б за короткий час пацієнт з інсультом був оглянутий неврологом, кардіологом, нейрохірургом, реаніматологом-анестезіологом, проведено нейровізуалізацію, необхідні лабораторні обстеження і вирішено питання тактики лікування (тромболізис, лікування у нейросудинному відділенні з палатою інтенсивної терапії чи нейрохірургічне втручання). Для оцінки якості надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом в Україні необхідно впровадити метод госпітального реєстру інсульту, як у Російській Федерації.

Для оцінки організації медичної допомоги пацієнтам з інсультом, згідно з рекомендаціями Європейської інсультної ініціативи (European Stroke Initiative — EUSI), виділено такі критерії: кількість нейросудинних ліжок на 10 тис. населення; наявність інсультних відділень (центрів) в області та кількість ліжок у них; частка хворих на інсульт, що лікувалися у спеціалізованих відділеннях; частка хворих на інсульт, госпіталізованих у межах «терапевтичного вікна»; частка хворих на інсульт, яким була проведена КТ, серед них — у перші години перебування у стаціонарі; кількість проведених тромболізисів при ішемічному інсульті в області, лікарняна летальність у спеціалізованих відділеннях, наявність відділень реабілітації для пацієнтів із наслідками інсульту та кількість ліжок у них.

Нейросудинні ліжка входять до складу відділень цереброваскулярної патології, де проводиться лікування хворих із ГПМК та хронічними порушеннями мозкового кровообігу, а також інсультних відділень або центрів, де допомога надається лише хворим із ГПМК. Крім того, лікування ГПМК проводиться в нейрохірургічних відділеннях, в яких виділені ліжка для пацієнтів

з інсультом або існують самостійні нейросудинні відділення чи центри лікування (консервативного чи хірургічного) пацієнтів з інсультом.

Наявність та кількість інсультних відділень у регіоні (області) є критерієм оцінки доступності медичної допомоги в країні. Функціонування таких відділень зумовлює проведення висококваліфікованої діагностики та лікування пацієнта з інсультом.

Концепція «час — це мозок» — одна з найважливіших у тактиці лікування інсульту, тому госпіталізація пацієнта з ГПМК у межах «терапевтичного вікна» (3 год) та протягом 1-ї доби до профільного стаціонару — важливий показник якості надання медичної допомоги.

При аналізі надання допомоги хворим на інсульт у країнах Європи оцінюється частка виконання нейровізуалізації (КТ, МРТ) пацієнтам з інсультом в перші години та протягом 1-ї доби. В Україні в багатьох спеціалізованих неврологічних відділеннях (у тому числі судинних відділеннях чи центрах) відсутня зазначена діагностична апаратура чи обмежене проведення необхідної діагностики у межах «терапевтичного вікна».

Згідно зі статистичними даними тромболізис в Україні при ішемічному інсульті ще не знайшов достатньої поширеності, та його виконання потребує спеціалізованої підготовки спеціалістів, обов'язкового проведення нейровізуалізації (КТ у межах 3 год з моменту виникнення інсульту, наявність у лікувально-профілактичному закладі альтеплази, максимально виважений підбір пацієнтів відповідно до показань і протипоказань).

У багатьох країнах світу система надання медичної допомоги хворим на інсульт має свої відмінності та особливості. Однак загальна концепція її організації базується на рекомендаціях Європейської інсультної організації (European Stroke Organisation — ESO), Американської асоціації інсульту (American Stroke Association — ASA), Гельсінборзької декларації, в основі яких — створення інсультних відділень. В окремих

областях України впроваджена етапна модель надання допомоги пацієнтам із інсультом, яка складається з декількох послідовних етапів:

1. Надання первинної медичної допомоги здійснюється на етапі звернення до служби швидкої медичної допомоги відповідно до затверджених клінічних протоколів (наказ МОЗ України від 17.08.2007 р. № 487 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «неврологія» щодо надання медичної допомоги хворим на інсульт». Недостатком цього наказу є відсутність терміну догоспітального періоду, хоча відомо, що транспортування та госпіталізацію хворого до спеціалізованого інсультного відділення необхідно проводити в межах «терапевтичного вікна».

2. Інсультні відділення (центри), створення яких затверджено наказом МОЗ України від 30.07.2002 р. № 297 «Про вдосконалення медичної допомоги хворим з цереброваскулярною патологією». Втім і тут не все враховано: радіус обслуговування не >100 км від прилеглих районів для транспортування хворого в межах «терапевтичного вікна» (а краще — до 60 км), кількість ліжок 20–25 на 300 тис. населення, штат відділення, який має складатися з лікарів-невропатологів, середнього та молодшого медичного персоналу, які пройшли спеціалізовану підготовку для лікування хворих із ГПМК. Ці відділення (центри) повинні мати палати інтенсивної терапії; можливість забезпечення консультації кардіолога, нейрохірурга, анестезіолога; оснащеність візуалізуючою апаратурою (КТ, МРТ, УЗД), що дасть можливість терміново відіфференціювати ішемічний і геморагічний інсульт; наявність затверджених державних та локальних письмових клінічних протоколів діагностики та лікування в гострий період інсульту; забезпечення можливості проведення системного чи локального тромболізу пацієнтам з ішемічним інсультом, ургентних нейрохірургічних втручань.

3. Обласний (міський) високотехнологічний інсультний центр, куди хворого госпіталізують у разі потреби надання висококваліфікованої неврологічної або нейрохірургічної допомоги.

Інсультні центри — це регіональні високотехнологічні медичні заклади вичерпної допомоги хворим із цереброваскулярною патологією, які розгортаються на базі багатопрофільних лікарень (обласних, міських) де забезпечена можливість цілодобового проведення візуалізації (КТ, МРТ, УЗД, транскраніальна доплерографія, ангиографія, рентгеноендоваскулярна діагностика і лікування), є нейрохірургічне відділення. У цих центрах мають бути всі сучасні технології обстеження та лікування пацієнтів з ішемічним, геморагічним чи субарахноїдальним кроволивом (системний чи локальний тромболізис, хірургічне лікування геморагічного та ішемічно-

го (ендартеректомія, стентування, тромбектомія, ангиопластика та ін.) інсульту.

Рекомендовані втручання:

1. Усі пацієнти з підозрою на інсульт мають бути госпіталізовані в лікувальні заклади. Лише при цій умові можна виконати більшість рекомендацій.

2. Необхідно якомога швидше доставити пацієнта в інсультний центр, стабілізувати його вітальні функції, уточнити характер ураження мозку і уточнити чи є пацієнт кандидатом для екстреної ревааскуляризації. Зменшення проміжку часу від захворювання до госпіталізації на 1–2 год може радикально покращити результат. Тут потрібні регіональні протоколи для екстреної доставки хворого в найгостріший період ГПМК.

3. Внутрішньовенне введення рекомбінованого тканинного активатора плазміногену (альтеплази) в перші 3 год з часу появи симптомів у адекватно підібраних пацієнтів — єдиний метод специфічного лікування гострого ішемічного інсульту. Системний тромболізис скорочує абсолютний ризик смертності й інвалідності при ГПМК на 12%.

При застосуванні альтеплази протягом 60 хв з часу появи симптомів ішемічного інсульту повне виздоровлення спостерігається у 50%, протягом 90 хв — 25% хворих.

Лікування в інсультному блоці за участю мультидисциплінарної бригади з проведенням моніторингу і нормалізацією показників гомеостазу, ранньою комплексною реабілітацією знижує відносний ризик смертності на $1/3$ і залежності в побуті — на $1/4$.

Від поміщення в інсультний блок вирають пацієнти різного віку з будь-якою тяжкістю інсульту.

Важливим елементом є рання реабілітація, яка починається з 1-го дня лікування, продовжується в умовах стаціонарних та поліклінічних реабілітаційних відділень (центрах), стаціонарів на дому (сімейна медицина) і санаторно-курортних умовах.

Рання мобілізація (1-ша–2-га доба) та інтенсивна реабілітація нешкідливі і сприяють зменшенню тяжкості інсульту. Існує пряма залежність між пасивними рухами в кінцівках і рівнем кровотоку у відповідній моторній зоні кори. Вертикалізація, активні й пасивні рухи важливі для профілактики ускладнень, пов'язаних з іммобілізацією, важливим є потік еферентних стимулів.

Вторинну профілактику необхідно починати в гострий період інсульту, краще в період лікування у стаціонарі.

Ацетилсаліцилову кислоту призначають усім пацієнтам із гострим ішемічним інсультом в дозі 160–300 мг/добу протягом 24–48 год від початку інсульту, що дає достовірне зниження смертності й інвалідності. Якщо гострий ішемічний інсульт розвинувся на фоні прийому ацетилсаліцилової кислоти, то її слід замінити комбі-

нацією ацетилсаліцилової кислоти з дипіридамолом повільного вивільнення чи клопідогрелем, які призначають з 5–7-ї доби хвороби.

При кардіоеMBOLічному гострому ішемічному інсульті та при тромбоеMBOLії показані непрямі антикоагулянти (варфарин).

Гіпотензивні препарати призначають з 7–14-го дня всім пацієнтам із гострим ішемічним інсультом з підвищеним артеріальним тиском. Досягнення цільового артеріального тиску 140/90 мм рт. ст. рекомендується протягом 1 року від початку гострого ішемічного інсульту.

Усім хворим на ішемічний інсульт рекомендоване раннє призначення статинів.

Тактические вопросы ведения больных с острым инфарктом мозга

И.С. Зозуля, Г.О. Слабкой, А.И. Зозуля

Резюме. В работе представлены данные эпидемиологии цереброваскулярных заболеваний, утвержденные документы по ведению пациентов с острым инсультом на догоспитальном и раннем госпитальном этапах, современный взгляд на усовершенствование системы (модели) оказания экстренной медицинской помощи при остром инсульте.

Ключевые слова: цереброваскулярная патология, острый ишемический инсульт, оказание медицинской помощи, профилактика, острые нарушения мозгового кровообращения, инвалидизация, смертность, инсультный центр, реабилитация, тромболитизис, геморрагический инсульт.

Tactical questions of medical care in patients with acute cerebral infarction

I.S. Zozulya, G.O. Slabkyi, A.I. Zozulya

Summary. This paper presents the epidemiology of cerebrovascular diseases, documents regarding medical care for patients with acute stroke on pre-hospital and early hospital stages, the modern view on improvement of the system (model) of emergency medical care in acute stroke.

Key words: cerebrovascular pathology, acute ischemic stroke, medical care, prevention, acute cerebrovascular accident, disability, mortality, stroke centers, rehabilitation, thrombolysis, hemorrhagic stroke.

Адреса для листування:

Зозуля Іван Савович
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9
НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра
медицини невідкладних станів