

УДК 616.831-005.1/.4-036.8:614.2:304.3

КУПНОВИЦЬКА-САБАДОШ М.Ю., ГРИБ В.А., ГЕРАСИМЧУК Р.Д., МАКСИМЧУК Л.Т.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
ЧМИР Г.С., СЛЮСАРЕНКО Г.Я.
Івано-Франківська обласна клінічна лікарня

МОЖЛИВОСТІ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Резюме. У статті наведено досвід лікування ішемічних інсультів в Івано-Франківській області. Особливу увагу присвячено аналізу проведеної тромболітичної терапії пацієнтам з ішемічним інсультом. Запропонований до розгляду клінічний випадок лікування хворого з ішемічним інсультом та одночасною гострою тромбоемболією гомілкових артерій.

Ключові слова: тромболітична терапія, ішемічний інсульт, Івано-Франківська область.

Мозковий інсульт, як і вчасне надання допомоги при ньому, — надзвичайно актуальна проблема. Адже щохвилини після гострої ішемії мозок втрачає 1,9 млн нейронів та 14 млрд синапсів [4]. А це свідчить про наявність прогресуючого порушення мозкових функцій. Щорічно у світі реєструють 16 млн випадків інсульту і майже 5,7 млн хворих на цю недугу помирають. А щодо прогнозів фахівців, то до 2030 року очікується 23 млн інсультів і 7,8 млн смертей від нього [4].

Особливо значовою та актуальною є дана проблема в Україні. Кожен 5 хвилин інсульт уражає одного жителя України, кожен 12 хвилин від нього помирають [2]. Наша держава посідає одне з перших місць у Європі за показниками захворюваності на гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) та смертності внаслідок інсульту. Згідно з офіційною статистикою, щороку діагностують 100–110 тис. випадків інсульту (понад третина з них — в осіб працездатного віку), 30–40 % хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів, 50 % — протягом 1 року від початку захворювання [1].

Слід зауважити, що інсульт небезпечний не лише високою смертністю, а й високою інвалідністю. Сьогодні лише 10–20 % тих, хто переніс мозковий інсульт, повертається до праці, з них 8 % зберігають свою професійну придатність, у 60 % хворих наявні стійкі неврологічні порушення, 30 % потребують сторонньої допомоги, у 25–30 % до кінця першого року після початку хвороби розвивається деменція, і тільки

близько 10 % повертаються до попередньої повноцінної життєдіяльності.

Такі показники дуже далекі від тих, що зазначені в Гельсинборзькій декларації (2006) щодо стратегії боротьби з інсультом у Європі, затвердженій II Об'єднаною конференцією Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я та Європейської інсультної організації: до 2015 р. довести 30-денну летальність при інсульті до рівня < 15 % і самостійність у побуті через 90 днів серед тих, хто вижив, до рівня > 70 % [3].

Сумним фактом на сьогодні є те, що інсульт уражає молоде населення — третина з тих, у кого він діагностується, є особами працездатного віку. А це не тільки проблема їх родин, але й значні економічні втрати для держави. Та найгіршим підтвердженням того, що Україна стоїть на краю прірви в даній проблемі, є те, що частота інсультів у нашій країні у 12 разів вища, ніж у країнах Європи.

Адреса для листування з авторами:

Гриб Вікторія Анатоліївна
76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2,
Івано-Франківський національний медичний університет
E-mail: gmne@ukr.net

© Купновицька-Сабадош М.Ю., Гриб В.А., Герасимчук Р.Д.,
Максимчук Л.Т., Чмир Г.С., Слюсаренко Г.Я., 2014
© «Міжнародний неврологічний журнал», 2014
© Заславський О.Ю., 2014

Чому в час такого розквіту науково-технічного прогресу, запровадження нових технологій у медичну галузь, будучи великою багатомільйонною державою, маючи неабиякий науковий потенціал, Україна стала заручницею вбивчої хвороби?! Мабуть, тому, що занадто багато факторів, що сприяють розквіту цієї недуги, протидіють впровадженню напрямків профілактики, правильної тактики ведення і розуміння цієї недуги не лише неврологами, медиками інших галузей, а й пересічними українцями.

Найперше, що сприяє розвитку інсультів, це чимала кількість факторів ризику [5]. На першому місці стоїть артеріальна гіпертензія. Згідно з офіційною статистикою, сьогодні понад 12,5 млн українців страждає від цієї недуги. З них лікуються лише 18 %. А скільки осіб просто мовчить про свою проблему з фінансових чи інших причин? Адже стійке підвищення діастолічного артеріального тиску (ДАТ) на 5 мм рт.ст. збільшує ризик виникнення ГПМК на 34 %, а підвищення ДАТ на 10 мм рт.ст. — на 56 %. Артеріальна гіпертензія є «найвдячнішим» стосовно лікування та найпіддатливішим фактором ризику. Так, часом адекватну гіпотензивну терапію можна підбирати не один місяць. Але при наявній сьогодні великій кількості гіпотензивних середників це цілком реально, і нормалізація артеріального тиску суттєво зменшувала б відсоток ускладнень гіпертензії.

У нас велика кількість невиявлених випадків цукрового діабету, що майже завжди «крокує в ногу» з артеріальною гіпертензією і ускладнює її лікування.

А гіперліпідемія — спадкова чи як наслідок неадекватного та неякісного харчування? Терапія статинами на сьогодні вийшла у світлі на новий рівень. Вона має бути широко запроваджена в Україні, має пропонуватися лікарями всіх рівнів надання медичної допомоги населенню.

Стосовно тютюнопаління, то це той фактор, з яким потрібно боротися дуже різко, починаючи зі шкільної парти і закінчуючи вищими навчальними закладами. Це тільки погана звичка і не більше. А скільки проблем вона за собою тягне. Факт паління погіршує прогноз артеріальної гіпертензії: частіше спостерігаються зловиякісний її перебіг та неефективність гіпотензивних медикаментів, у 2 рази зростає смертність. За кількістю курців Україна посідає чільне третє місце у Європі. За зловживанням алкоголем Україна знаходиться на 5-му місці у світі.

Список факторів ризику доповнює велика когорта кардіологічної та гематологічної патології, неконтрольована антитромботична та гормональна терапія, сімейний анамнез інсульту, сонне апное, стреси та ін.

Важливим фактором розвитку інсульту є необізнаність із цією проблемою населення, а також частини медперсоналу. Необізнаність у тому, як потрібно поводитися у випадку виникнення перших ознак ГПМК, і незнання того, які це можуть бути ознаки. Велику

роль відіграє недостатня організація доставки пацієнта до медичного закладу з дотриманням постулату «час = мозок», діагностики та негайного надання правильної допомоги в цьому закладі. І напевно, підсумовуючим фактором, що негативно впливає на кінцевий результат, є не завжди коректне ведення пацієнтів із ГПМК.

В Україні проводиться велика робота з удосконалення надання сучасної допомоги хворим із ГПМК. Зокрема, у 2012 р. вийшов у світ «Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Ішемічний інсульт», підготовлений фахівцями. Жорстке дотримання кожного з постулатів цього протоколу на всіх рівнях надання медичної допомоги населенню повинно зберегти в державі не одну тисячу життів щорічно. Вищезгаданий документ повинен стати настільною настановою для кожного невролога та лікаря швидкої медичної допомоги. Адже в ньому чітко, пункт за пунктом, розписані обов'язки медичного персоналу на кожному з рівнів з дотриманням усіх умов для надання негайної і грамотної допомоги.

Згідно з уніфікованим протоколом, сучасним методом ведення хворих при ішемічному інсульті є терапія, спрямована на відновлення прохідності судинного русла, тобто проведення тромболітичної та/або антитромбоцитарної терапії. У світі тромболізіс застосовують із 1996 року, вперше його провели у США. Ефективність даного методу відома і доведена — зниження інвалідизації хворих на 30 %. Широке застосування даного методу можливе в тих країнах, де добре налагоджена система надання допомоги хворим із мозковим інсультом. У таких країнах тромболізіс проводять у 20 % випадків. В Україні, де така система ще не налагоджена належним чином, тромболізіс проводять лише в 0,5–5 % випадків залежно від регіону.

Основною перешкодою для тромболізісу, на нашу думку, на сьогодні є не недостатня кваліфікація медперсоналу, який проводить цю процедуру, а невчасне, запізніле надходження пацієнтів у спеціалізовані медичні заклади, недотримання жорсткого правила терапевтичного вікна, що становить 4,5 години з моменту перших ознак мозкових порушень. Це відбувається через необізнаність пацієнтів та їх родичів щодо ознак неврологічних розладів, не завжди оперативні дії бригад швидкої медичної допомоги, малу кількість таких бригад по районах, малу кількість спеціалізованих медичних закладів по районах (інсультних відділень із цілодобовим нейровізуалізаційним моніторингом), бездоріжжя, великі відстані тощо.

Після США тромболізіс освоїли країни Західної Європи. У 2007 році до цих країн долучилася Україна. В Івано-Франківську вперше тромболізіс був виконаний також у 2007 році. На сьогодні в Івано-Франківській області виконано 95 тромболізісів. Процедура проводиться на базі Івано-Франківської обласної клінічної лікарні (ОКЛ) і в центральних районних лікарнях (ЦРЛ) м. Калуша (з 2009 року) та м. Коломиї (з 2012

року). ЦРЛ м. Калуша та м. Коломиї обслуговують пацієнтів з прилеглих до них сіл та районних центрів. Якщо з 2007 по 2011 рік в області проведено 51 тромболізіс, а за 2012 рік — 16, то за 2013 рік — уже 24 тромболізіси: 11 випадків у Калуській ЦРЛ, 9 — в Івано-Франківській обласній клінічній лікарні та 4 випадки у Коломийській ЦРЛ.

Проаналізуємо показники, що характеризують проведення тромболізісу в області за 2013 рік. Середній бал за шкалою NIHSS при надходженні претендентів на тромболізіс у Калуській ЦРЛ становив $13,95 \pm 1,45$ бала, у Коломийській ЦРЛ — $11,25 \pm 2,78$, в Івано-Франківській ОКЛ — $14,51 \pm 1,23$ бала. Середній вік пацієнтів, яким проводили тромболізіс, у Калуській ЦРЛ становив 55,8 року, у Коломийській — 66,0, у м. Івано-Франківську — 61,4 року.

Найстаршим пацієнтом, якому проводили тромболітичну терапію в Івано-Франківській області, був чоловік 79 років із 16 балами за шкалою NIHSS на момент надходження, з 6 балами через 2 години після проведеного тромболізісу таз з 0 балів на момент виписки.

За весь час історії тромболізісу в області ми мали тільки 2 фатальні геморагічні трансформації. Це свідчить про ретельний відбір хворих.

Цікавим є аналіз показника часу від початку інсульту до дверей лікувального закладу та часу «двері — голка». Так, по Калуській ЦРЛ ці два показники становили в середньому 141,5 та 70 хв; по Коломийській ЦРЛ — 137,5 та 38,8 хв; по Івано-Франківській ОКЛ — 98,6 та 70 хв відповідно. Враховуючи вищевказане, напевно, слід попрацювати над скороченням часу «двері — голка», адже цей показник уже не залежить від бригад швидкої допомоги та бездоріжжя, це вже внутрішньолікарняна організація. Можливо, він витрачається на отримання згоди в родичів пацієнта. А це знову ж таки свідчить про необізнаність населення стосовно цієї проблеми.

Пропонуємо клінічний випадок (карта стаціонарного хворого № 2287613), який знаходився на лікуванні в неврологічному відділенні Івано-Франківської ОКЛ.

Хворий М., 1946 року народження, житель Рожнятівського району, надійшов ургентно у відділення 01.12.2013 року зі скаргами на виражене обмеження рухів у лівих кінцівках, порушення зору, похолодіння лівої ноги, особливо стопи. Захворів приблизно 2 години тому, раптово. Але вказував, що 2 дні тому відчув проблему з лівою ногою (біль, печія, слабкість — визначити не вдалося). З анамнезу відомо, що у 2003 році переніс інфаркт міокарда (ІМ), ускладнений порушенням серцевого ритму за типом фібриляції передсердь. У зв'язку з цим приймав одну таблетку варфарину (дозу не знав). Тривало хворів на артеріальну гіпертензію. Ліки вживав регулярно.

При детальному обстеженні пацієнта неврологічний статус оцінено на 19 балів за шкалою NIHSS, а при консультації судинним хірургом виявлено гостру тромбоемболію гомілкових артерій лівої нижньої кінцівки

тривалістю понад 48 годин та гостру ішемію кінцівки ПБ ступеня.

При надходженні проведена комп'ютерна томографія головного мозку. Висновок: зовнішня та внутрішня симетрична гідроцефалія.

Дані електрокардіограми: частота серцевих скорочень 70–85–100–120 уд/хв, фібриляція передсердь на ритмі шлуночків 70–85–100–120 уд/хв, ознаки хронічної коронарної недостатності.

Міжнародне нормалізоване співвідношення (МНС) становило 1,17.

Згідно з уніфікованим протоколом ведення пацієнтів з ішемічним інсультом [3], враховуючи анамнез, наявність показань і відсутність протипоказань, пацієнтові проведено тромболізіс. Але через те, що чимало часу було витрачено на визначення тактики стосовно судинно-хірургічної патології, тромболізіс почався критично: час початку введення болюса препарату актилізе становив 4 години 20 хвилин із моменту виникнення судинної катастрофи. Власне цей клінічний випадок вплинув на середню величину показника «двері — голка» в області. Через 2 години після процедури неврологічний статус становив 6 балів за шкалою NIHSS, через 24 години — 4 бали. Після тромболізісу судинним хірургом виявлено відновлення пульсації на артеріях стопи та зникнення ознак гострої артеріальної недостатності.

Результат комп'ютерної томографії головного мозку через 24 години: ішемічний інсульт у басейні правої середньої мозкової артерії (СМА), ознаки крововиливу в ділянку підкіркових ядер справа. Внутрішня гідроцефалія.

Через 5–7 днів, як і на момент виписки, неврологічний статус становив 3 бали за шкалою NIHSS. Пацієнта виписано з діагнозом: ішемічний інсульт у басейні правої СМА (01.12.2013 р.) з легким лівобічним геміпарезом (при надходженні ступінь тяжкості інсульту за шкалою NIHSS — 19 балів, при виписці — 3 бали). Гостра тромбоемболія гомілкових артерій лівої нижньої кінцівки понад 48 годин, гостра ішемія кінцівки ПБ. ІХС. Кардіосклероз дифузний і постінфарктний (ІМ, 2003 рік). Фібриляція передсердь, постійна тахіформа. СН ІА, ФК ІІ. Гіпертонічна хвороба ІІІ, ризик ІV.

Пацієнт отримав таке лікування: актилізе, через 24 години призначено аспірин, розукард, церебралізін, гіпотензивні середники. Дабігатран був призначений через 2 тижні після інсульту.

Запропонований клінічний випадок цікавий тим, що в результаті наявної фібриляції передсердь пацієнт отримав тромбоемболію не тільки мозкових судин, а й судин нижніх кінцівок. Хворий приймав варфарин, але не слідував за рівнем МНС, що є ознакою безпечності та результативності терапії цим препаратом.

З огляду на наявний уніфікований протокол ведення ішемічних інсультів тактика щодо останнього не викликала сумнівів, що не можна було сказати про тромбоемболію судин нижніх кінцівок.

Загально визнаного терапевтичного вікна для проведення тромболізу артерій нижньої кінцівки не існує, і в рекомендаціях воно не вказане. Більшість дослідників вважає, що це вікно повинно дорівнювати 24 годинам, хоча дехто називає значно більші цифри.

У міжнародному керівництві з гострої артеріальної ішемії нижніх кінцівок (TASC II) [6] вказується, що в таких хворих категорії I або IIА може бути використаний тромболізис (йдеться виключно про катетер-керований тромболізис, а про системний тромболізис вказується, що він не повинен застосовуватися), а в категорії IIБ показане виключно оперативне лікування. Оскільки гостра ішемія нижньої кінцівки у згаданого хворого виникла 48 годин тому і необоротна ішемія ще не настала (категорія III, що вимагає ампутації), то при постійному спостереженні судинного хірурга за станом кінцівки допустимо було ризикнути провести тромболізис, який був методом вибору для лікування гострого ішемічного інсульту (що виник 4 години тому) і міг затримати оперативну тромбоемболектомію не більше ніж на кілька годин. Якщо б на момент завершення тромболізу стан кінцівки не покращився або, навпаки, погіршився, то, враховуючи, що період напіввиведення актилізе 4 хв, оперативну тромбоемболектомію можна було би цілком безпечно виконати за годину після тромболізу.

Враховуючи вищевикладене, наведений клінічний випадок вважаємо цікавим тим, що, незважаючи на деяке відхилення від міжнародного керівництва, забезпечено відмінний клінічний результат. Це свідчить про доцільність проведення додаткових досліджень для таких пацієнтів, які, не виключено, можуть призвести до перегляду деяких положень рекомендацій [6].

Останніми роками змінилися погляди на стратегію та тактику ведення хворих із ГПМК. Зокрема, з'явилася

концепція «час = мозок», що сформувала нове ставлення до інсульту з визнанням його невідкладним станом, лікування якого потребує екстреної госпіталізації, а надання медичної допомоги здійснюється в перші хвилини й години з моменту його розвитку у спеціалізованих інсультних відділеннях.

Вчасне звернення по спеціалізовану лікарську допомогу, актилізе, забезпечене державою, інструментальна можливість необхідної діагностики та бажання медперсоналу на всіх рівнях — можливо, саме це і є формулою життя без інвалідності, без тривалого перебування в лікарняному ліжку, без обмежень рухової діяльності, без депресивних настроїв та без проблем для родини й суспільства.

Список літератури

1. Галушко О.А. *Інтенсивна терапія гострого ішемічного інсульту: сучасні рекомендації* / О.А. Галушко // *Медицина неотложных состояний*. — 2013. — №7(54) (Режим доступу: <http://angiology.com.ua/article/471.html>)
2. Мищенко Т.С. *Эффективность лечения мозгового инсульта в остром периоде* // *Новости медицины и фармации*. — 2013. — № 5(449). — С. 7-10.
3. *Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Гострі порушення мозкового кровообігу. Ішемічний інсульт*. — К., 2012. — 76 с.
4. Bart M.D. et al. *Efficacy of Site Independent Telemedicine: Pooled Analysis of the STRokE DOC and STRokE DOCAZ Telemedicine Stroke Trials. Abstracts From the 2010 International Stroke Conference: Oral Presentations* // *Stroke*. — 2010. — 41. — 246.
5. *National clinical guideline for stroke. Third edition. Incorporating the recommendations from initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA) by the National Institute for Health and Clinical Excellence*. — London: Royal College of Physicians, 2008 (NICE, 2008).

Отримано 05.09.14 ■

Купновицкая-Сабодош М.Ю., Гриб В.А., Герасимчук Р.Д., Максимчук Л.Т.

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

Чмыр Г.С., Слюсаренко Г.Я.

Ивано-Франковская клиническая больница

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Резюме. В статье представлен опыт лечения ишемических инсультов в Ивано-Франковской области. Особое внимание посвящено анализу проведенной тромболитической терапии пациентам с ишемическим инсультом. Предложен к рассмотрению клинический случай лечения больного с ишемическим инсультом и одновременной острой тромбоэмболией берцовых артерий.

Ключевые слова: тромболитическая терапия, ишемический инсульт, Ивано-Франковская область.

Kupnovytska-Sabadosh M.Yu., Hryb V.A., Herasymchuk R.D., Maksymchuk L.T.

State Higher Educational Institution «Ivano-Frankivsk National Medical University»

Chmyr H.S., Sliusarenko H.Ya.

Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine

OPPORTUNITIES TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE AFTER STROKE

Summary. The article presents the experience of treatment for ischemic strokes in Ivano-Frankivsk region. Particular attention is paid to the analysis of thrombolytic therapy carried out in patients with ischemic stroke. A clinical case of treating a patient with ischemic stroke and concomitant acute thromboembolism of tibial arteries is proposed for consideration.

Key words: thrombolytic therapy, ischemic stroke, Ivano-Frankivsk region.