

І.С. Зозуля¹, І.О. Латоха²¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, МОЗ України²Чернігівська міська лікарня № 2

Порівняння якості ведення хворих з інсультом в умовах спеціалізованого стаціонару та організованого стаціонару вдома

Об'єктом дослідження були 246 випадків ведення хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу. 226 пацієнтів основної групи отримували лікування в умовах організованого стаціонару вдома. Контрольну групу становили 20 хворих, що лікувалися стаціонарно. Середній вік пацієнтів основної групи був $81,95 \pm 0,5$ року, контрольної — $81,35 \pm 0,9$ року. Час від звернення за медичною допомогою до початку лікування був достовірно меншим у контрольній групі. Летальність пацієнтів контрольної групи на 12-му місяці спостереження виявилася вищою, у свою чергу інвалідизація, ступінь функціональної залежності були недостовірно вищими в основній групі. Оптимальною щодо тривалості життя в організованому стаціонарі вдома була схема лікування з використанням антиагрегантної, протинабрякової та нейропротекторної терапії, до складу якої входять гемодериват із телячої крові депротейнізований, мексидол, гліцин. Для умов стаціонару найбільш прийнятною була схема з використанням цитиколіну внутрішньовенно краплинно в комбінації з концентратом церебраліну.

Ключові слова: інсульт, стаціонарне лікування, амбулаторне лікування.

Вступ

Згідно з даними російських вчених, у Російській Федерації вдома одержують лікування 34,0–81,1% пацієнтів з інсультом (Гусев Е.И. і соавт., 2003; Исмагилов М.Ф., 2003; Бугрова С.Г., 2008; Василевская О.В. і соавт., 2010). Спеціальний аналіз Є.І. Гусева та співавторів показав, що в 2001 р. у Російській Федерації 59,9% хворих з інсультом отримали медичну допомогу в умовах стаціонару, 34,0% — вдома, 0,4% — в будинках для людей похилого віку, 5,5% взагалі не лікувалися. Згідно з результатами наших досліджень на прикладі обласного центру (м. Чернігів), близько 12% пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК) не госпіталізуються та отримують лікування вдома.

Об'єкт і методи дослідження

Дослідження проведено на базі поліклінічного, неврологічного й реанімаційного відділень Чернігівської міської лікарні (ЧМЛ) № 2. Об'єктом дослідження були 246 випадків ведення хворих з ГПМК. 226 пацієнтів основної групи отримали лікування в умовах організованого стаціонару вдома. Основна група була розподілена на 2 підгрупи: до 1-ї увійшли 204 випадки, описані в архівному матеріалі, до 2-ї — 22 хворих, лікування яких проводили за схемами з використанням гемодеривату із телячої крові депротейнізованого, мексидолу, гліцину. Контрольну групу становили 20 пацієнтів із інсультом, терапію яких проведено у стаціонарі.

Серед пацієнтів основної групи налічувалося 67 осіб чоловічої статі, 159 — жіночої. Середній вік учасників основної групи

становив $81,95 \pm 0,5$ року; при цьому середній вік осіб чоловічої статі — $77,27 \pm 1,05$ року, жіночої — $83,91 \pm 0,5$ року ($p < 0,0001$). Це є закономірним, оскільки середня тривалість життя жінок в Україні більша, а з віком частота ГПМК достовірно підвищується.

До контрольної групи увійшли 7 осіб чоловічої статі, 13 — жіночої. Середній вік пацієнтів становив $81,35 \pm 0,9$ року, при цьому середній вік чоловіків — $79,43 \pm 0,97$, жінок — $82,38 \pm 1,2$ року (різниця статистично недостовірна).

Статистичний аналіз включав кореляційний аналіз за Пірсоном і Спірменом, використано параметричні й непараметричні методи (програмне забезпечення SPSS Statistics виробництва SPSS Inc.).

Результати та їх обговорення

Аналіз організації медичної допомоги хворим з інсультом проведено поетапно, починаючи з аналізу сигнальних листків екстреної медичної допомоги. Виявлено, що в 40,7% випадків пацієнти основної групи не зверталися до служби екстреної медичної допомоги. Учасники 1-ї підгрупи основної групи у 73,5% випадків звернулися по екстрену медичну допомогу протягом перших 6 год після початку захворювання, тобто теоретично могли потрапити до «вікна терапевтичних можливостей» — найефективнішого періоду нейропротекції та/або тромболізу (при госпіталізації). У контрольній групі цей показник становив 11 (65,0%) випадків.

Середній час від звертання до служби екстреної медичної допомоги до огляду хворих основної групи спеціалістами первинної ланки становив $20,07 \pm 2,68$ год. В

результаті пацієнти основної групи вперше були оглянуті лікарем загальної практики — сімейної медицини у середньому через $35,5 \pm 2,9$ год після розвитку перших ознак інсульту. Консультування хворих основної групи неврологом проведено в середньому через $3,8 \pm 0,3$ доби, що також є незадовільним показником, беручи до уваги похибки у діагностиці лікарями первинної ланки. У контрольній групі догоспітальний період становив у середньому $14,9 \pm 4,2$ год. Цей термін достовірно менший за час, через який учасники основної групи отримали первинну консультацію спеціаліста вдома ($p = 0,003$ за критерієм Манна — Уїтні).

Синдромологічний аналіз клінічної картини виявив достовірно частіше порушення серцевого ритму в контрольній групі хворих порівняно з 1-ю підгрупою основної групи ($p = 0,013$), при цьому вади серця, навпаки, рідше виявляли у контрольній групі ($p = 0,022$). Достовірних відмінностей між підгрупами основної групи не виявлено.

Анамнез життя та клінічна картина відповідно до статі пацієнтів мали свої особливості у різних групах. У 1-ї підгрупі достовірно частіше, порівняно з чоловіками, лікували інсульт вдома жінки ($p = 0,034$), що можна пояснити більшою тривалістю життя та частішими ГПМК у жінок взагалі. Шкідливі звички частіше відмічали в осіб чоловічої статі в обох підгрупах основної групи ($p < 0,001$), що відповідає даним літератури (Горбась І.М., 2008; Радченко Г.Д., Сіренко Ю.М., 2008).

У контрольній групі порушення серцевого ритму частіше, з тенденцією до достовірності, виявляли у жінок ($p = 0,052$), а шкідливі звички — достовірно частіше у чоловіків ($p = 0,031$).

Найбільш поширеною комбінацією факторів ризику були наявність артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця, які виявляли в $\approx 100\%$ випадків у основній та контрольній групах, що значно більше, ніж свідчать дані літератури. Наступною за частотою комбінацією було порушення ритму серця та наявність ГПМК в анамнезі.

Виявлено, що летальність протягом 1 міс у 2-й підгрупі основної групи та контрольній групі становила відповідно 45,5 та 40,0% (різниця недостовірна). Летальність протягом 12 міс була вищою у пацієнтів, що лікувалися в стаціонарі — 65,0% проти 59,1% у 2-й підгрупі основної групи. У 1-й підгрупі летальність протягом 3 дів становила 16,2%, до 14 дів — 53,9%, протягом 1 міс — 65,2%, 6 міс — 82,4%, 12 міс — 85,8%. Достовірна різниця летальності у підгрупах основної групи виявлена з 14-ї доби захворювання, а між 1-ю підгрупою основної групи та контрольною групою — з 30-ї доби ($p < 0,05$ в обох випадках). Протягом перших 3 дів в основній групі летальність достовірно вища серед чоловіків ($p = 0,03$ за критерієм Манна — Утні), до 7-ї намітилася тенденція до переважання летальності серед жінок, яка не досягла рівня статистичної вірогідності.

Тривалість життя пацієнтів основної групи після перенесеного ГПМК становила в середньому $87,4 \pm 8,9$ доби, у 1-й та 2-й підгрупах основної групи — $78,7 \pm 8,9$ і $167,7 \pm 36,3$ доби відповідно ($p = 0,003$ за t-критерієм Стьюдента). У контрольній групі цей показник становив $181,15 \pm 38,46$ доби. Різниця у тривалості життя достовірна між контрольною групою та 1-ю підгрупою ($p = 0,001$); порівняно з 2-ю підгрупою достовірної різниці не виявлено.

Середні показники за шкалою NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) достовірно не відрізнялися між 2-ю підгрупою та контрольною групою впродовж 12 міс спостереження. До 6 міс динаміка регресу симптоматики за шкалою NIHSS зберігалася на однаковому рівні, а у період 7–12 міс у контрольній групі цей показник знизився додатково на 2 бали, водночас у 2-й підгрупі залишився без змін.

У гострий період інсульту інвалідизація за шкалою Ренкіна була практично максимальною зі значним регресом до 3 міс у 2-й підгрупі основної групи та контрольній групі; лише на 12-му місяці спостереження виявлено достовірно кращі показники серед хворих контрольної групи ($p = 0,029$).

За результатами аналізу середніх значень у вищевказаних групах не виявлено достовірної різниці щодо медичної та соціальної дезадаптації пацієнтів за шкалою Бартела протягом 12 міс. До 6 міс різниця між відносною кількістю пацієнтів із вираженою функціональною залежністю наблизилася до достовірної з перевагами у 2-й підгрупі основної групи. На 12-му місяці серед учасників контрольної групи не було жодного із вираженою функціональною залежністю, на відміну від 2-ї підгрупи (різниця достовірна; $p = 0,029$).

На перший погляд, наведені результати можуть свідчити про те, що відновлення неврологічних функцій у людей похилого

та старечого віку, яких лікували стаціонарно, проходить достовірно краще. Але при більш глибокому аналізі ми дійшли висновку, що на фоні недостовірно кращого відновлення пацієнтів контрольної групи результат став достовірним за рахунок смерті саме пацієнтів із вираженою функціональною залежністю. Аналогічна ситуація склалася зі ступенем інвалідизації в очіюваних групах.

Також можна зробити висновок, що догляд за пацієнтами з інсультом у підгострий та ранній відновний періоди у 2-й підгрупі був кращим, якщо брати до уваги саме хворих із вираженою функціональною залежністю. Залишаючи хворих вдома, родичі свідомо йдуть на самопожертву й необхідність цілодобового догляду протягом 12 міс спостереження, оскільки у термін 3–12 міс у 2-й підгрупі кількість хворих із вираженою функціональною залежністю залишилася незмінною, а у контрольній групі всі такі хворі померли.

Оптимальною схемою лікування щодо тривалості життя в організованому стаціонарі вдома була схема з використанням антиагрегантної, протинабрякової та нейропротекторної терапії, до складу якої входять гемодериват із телячої крові депротейнізований, мексидол, гліцин.

Для умов стаціонару найбільш прийнятною була схема з використанням цитиколіну по 1000–2000 мг/добу внутрішньовенно краплинно в комбінації з концентратом церебролізину по 10 мл внутрішньовенно по вільно.

Статистичний аналіз впливу схем лікування на регрес неврологічної симптоматики за тестом NIHSS, а також на ступінь функціональної залежності за шкалою Бартела та інвалідизацію за шкалою Ренкіна не виявив достовірної різниці при використанні критерію Манна — Утні.

Висновки

При практично одночасному зверненні до служби екстреної медичної допомоги час до огляду хворого лікарем загальної практики — сімейної медицини або неврологом стаціонару і, відповідно, до початку лікування був різним: у групі, учасники якої лікувалися вдома, цей показник становив $35,5 \pm 2,9$ год, у контрольній групі він був достовірно меншим — $14,9 \pm 4,2$ год.

Найвища летальність зареєстрована у 1-й підгрупі основної групи хворих (65,2% протягом 1-го місяця, 85,8% — до 12 міс). Достовірно нижча летальність без достовірних змін зафіксована у 2-й підгрупі та контрольній групі, при цьому летальність протягом 12 міс була вищою саме у пацієнтів, що лікувалися в стаціонарі (65,0% проти 59,1%).

Середні показники за шкалою NIHSS достовірно не відрізнялися у 2-й підгрупі та контрольній групі впродовж 12 міс. У гострий період інсульту інвалідизація за шкалою Ренкіна була практично максимальною зі значним регресом до 3 міс у 2-й підгрупі основної групи та контрольній групі. До 12 міс інвалідизація була недостовірно нижчою у контрольній групі. Пік відновлення неврологічного дефіциту (за шкалою

Бартела) у 2-й підгрупі відзначено до 3 міс з переходом у плато, у контрольній групі — до 3 міс з наступним незначним поліпшенням до 12 міс за рахунок пацієнтів із середнім ступенем ураження. При цьому покращення середніх показників у контрольній групі за шкалами Ренкіна і Бартела у термін 3–12 міс значною мірою зумовлено вищою летальністю серед пацієнтів із тяжким перебігом інсульту. Таким чином, догляд за пацієнтами у ранній та пізній відновний періоди інсульту в 2-й підгрупі був кращим, якщо брати до уваги хворих із вираженою функціональною залежністю. Залишаючи таких хворих вдома, родичі вимушені здійснювати за ними цілодобовий догляд.

Оптимальною схемою лікування щодо тривалості життя в організованому стаціонарі вдома була схема з використанням антиагрегантної, протинабрякової та нейропротекторної терапії, до складу якої входять гемодериват із телячої крові депротейнізований, мексидол, гліцин. Для умов стаціонару найбільш прийнятною була схема з використанням цитиколіну внутрішньовенно краплинно в комбінації з концентратом церебролізину.

Список використаної літератури

- Бугрова С.Г.** (2008) Проблемы ведения больных инсультом на дому. ПМЖ (Русский медицинский журнал), 25(16): 1680–1682.
- Василевская О.В., Сафина Д.Д., Силантьева И.В.** (2010) Причины поздней госпитализации больных с ишемическим инсультом. Фундаментальные науки и практика, 2(1): 37.
- Горбась І.М.** (2008) Епідеміологія факторів ризику серцево-судинних захворювань у сільській популяції. Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя», 5(1): 57–59.
- Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. и др.** (2003) Эпидемиология инсульта в России. Consilium Medicum (приложение), 5(5): 5–7.
- Исмагилов М.Ф.** (2003) Заболеваемость мозговым инсультом и смертность от него в Республике Татарстан. Неврол. вестник им. В.М. Бехтерева, 3/4(XXXV): 5–8.
- Радченко Г.Д., Сіренко Ю.М.** (2008) Фактори ризику виникнення несприятливих подій (інфаркту міокарда, нестабільної стенокардії, інсульту, ниркової та серцевої недостатності, смерті) у хворих з артеріальною гіпертензією, які проходили стаціонарне лікування у спеціалізованому відділенні. Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя», 2(2): 34–35.

Сравнение качества ведения больных с инсультом в условиях специализированного стационара и организованного стационара дома

И.С. Зозуля, И.А. Латоха

Резюме. Объектом исследования были 246 случаев ведения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. 226 пациентов основной группы прошли лечение в условиях организованного стационара дома. Контрольную группу составили 20 больных, которых лечили ста-

ционарно. Средний возраст пациентов основной группы был $81,95 \pm 0,5$, контрольной — $81,35 \pm 0,9$ года. Время от обращения за медицинской помощью до начала лечения было достоверно меньшим в контрольной группе. Летальность пациентов контрольной группы на 12-ом месяце наблюдения была выше, в свою очередь инвалидизация и степень функциональной зависимости — недостоверно выше в основной группе. Оптимальной в амбулаторных условиях была схема лечения с применением антиагрегантной, противовоспалительной и нейропротекторной терапии, в состав которой входят гемодериват телячьей крови депротеинизированный, мексидол, глицин. Для условий стационара наиболее приемлемой была схема с применением цитиколина внутривенно капельно в комбинации с концентратом церебролизина.

Ключевые слова: инсульт, стационарное лечение, амбулаторное лечение.

Comparison of the quality of management of patients with stroke in a specialized hospital and hospital organized at home

I.S. Zozulya, I.O. Latokha

Summary. The study included 246 patients with acute ischemic stroke. 226 patients of the main group were treated in organized hospital at home. The control group consisted of 20 inpatients. The average age of the main group patients was $81,95 \pm 0,5$ years, of the control group — $81,35 \pm 0,9$ years. The time from seeking medical care to beginning of treatment was significantly lower in the control group. Mortality in the control group on the 12th month follow-up was higher, but the degree of functional disability and dependence were not significantly higher in the study group. Optimal outpatient treatment regimen was using antiplatelet, antiedematous and neuroprotective therapy, which consists of deproteinized derivative of calf blood, mexidole, glycine. For inpatients the scheme with the use of citicolin intravenously in combination with cerebrolysin concentrate was the most appropriate.

ity in the control group on the 12th month follow-up was higher, but the degree of functional disability and dependence were not significantly higher in the study group. Optimal outpatient treatment regimen was using antiplatelet, antiedematous and neuroprotective therapy, which consists of deproteinized derivative of calf blood, mexidole, glycine. For inpatients the scheme with the use of citicolin intravenously in combination with cerebrolysin concentrate was the most appropriate.

Key words: stroke, inpatient treatment, outpatient treatment.

Адреса для листування:

Латоха Ілля Олександрович
14034, Чернігів, вул. 1-го Травня, 168
Чернігівська міська лікарня № 2

Одержано 31.03.2014

Реферативна інформація

Вегетарианская диета вредна для здоровья?



Оценка различных вариантов пищевого поведения показала, что вегетарианцы имеют более серьезные проблемы со здоровьем и чаще обращаются за медицинской помощью, чем люди, придерживающиеся других паттернов потребления пищи. Такие результаты

группа ученых во главе с доктором Натали Буркерт (Nathalie Burkert) из Грацкого медицинского университета (Medical University Graz), Австрия, опубликовала в журнале «PLoS ONE».

Как известно, пищевое поведение оказывает существенное влияние на здоровье и благополучие человека. В различных рекомендациях по первичной и вторичной профилактике наиболее распространенных заболеваний часто можно увидеть информацию о преимуществах того или иного вида диеты. Однако существуют и спорные моменты в отношении определенных вариантов диет. В частности, на данный момент опубликовано много данных касательно положительных эффектов вегетарианской диеты, в которых указывается ее положительное влияние на индекс массы тела (ИМТ), риск развития гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2-го типа и некоторых других заболеваний. Кроме того, согласно некоторым работам, вегетарианцы обычно ведут более здоровый образ жизни по сравнению с другими людьми, а также реже подвержены влиянию вредных привычек. С другой стороны, в составе продуктов животного происхождения содержатся незаменимые вещества, и недостаточное поступление их в организм может привести к серьезным негативным последствиям.

В новом исследовании ученые решили более подробно изучить влияние различных вариантов пищевого поведения на примере австрийской популяции, данные о которой взяты из обследования-интервью по состоянию здоровья взрослых лиц «Austrian Health Interview Survey». В нем приняли участие 15 474 добровольца, которые прошли интервью касательно употребления тех или иных продуктов питания, образа жизни, вредных привычек, социально-экономического статуса.

Из всех обследуемых 0,2% сообщили, что они являются абсолютными вегетарианцами, 0,8% — вегетарианцами, употребляющими молоко и яйца, 1,2% — рыбу и/или молоко и яйца. 23,6% сообщили о том, что придерживаются комбинированной диеты с большим количеством фруктов и овощей, 48,5 и 25,6% — с употреблением мяса в умеренном и большом количестве соответственно.

Как и ожидалось, у вегетарианцев отмечен наименьший ИМТ (медиана $22,9 \text{ кг/м}^2$). Далее по этому показателю в порядке

увеличения расположились лица, употреблявшие мясо в умеренном количестве ($23,4 \text{ кг/м}^2$), в комбинации с большим количеством овощей и фруктов ($23,5 \text{ кг/м}^2$) и те, в состав диеты которых входило большое количество мяса ($24,9 \text{ кг/м}^2$). Также вегетарианцы употребляли алкоголь в меньшем количестве, чем остальные обследованные.

Однако когда ученые проанализировали данные касательно обращения за медицинской помощью, оказалось, что за ней чаще обращаются вегетарианцы и лица, употребляющие большое количество овощей и фруктов. Также вегетарианцы чаще других сообщали о проблемах со здоровьем. Касательно конкретных проблем, у вегетарианцев чаще других отмечали аллергические, онкологические и психические заболевания. Все указанные различия были статистически достоверными.

Анализ результатов относительно качества жизни показал более низкие баллы в доменах «физическое здоровье» и «окружение» по сравнению с лицами, придерживавшимися диеты с небольшим содержанием мяса, а также более низкие баллы в домене «социальные отношения» по сравнению с теми, кто придерживался комбинированной диеты с большим количеством овощей и фруктов, и лицами, употреблявшими мясо в умеренном количестве.

По мнению ученых, то, что вегетарианцы чаще других сообщали о наличии хронических заболеваний и обладали худшим, по сравнению с другими, субъективным состоянием здоровья, можно интерпретировать не только как прямое влияние диеты. Так, вегетарианскую диету часто рекомендуют как метод уменьшения массы тела и улучшения здоровья. Таким образом, отказ от приема пищи животного происхождения мог просто быть следствием проблем со здоровьем.

Такжестораживают данные, полученные после анализа распространенности онкологических заболеваний, — у вегетарианцев этот показатель был выше. Подобные данные получены в отношении тревожных и депрессивных расстройств.

Следует отметить, что работы с подобным дизайном могут помочь установить ассоциацию между отдельными факторами, однако это может и не означать, что данная взаимосвязь каузальна. Так и в данном исследовании — взаимосвязь между вегетарианской диетой и сравнительно плохим состоянием здоровья не обязательно указывает, что первое является причиной второго. Также подобное одномоментное исследование, в отличие от лонгитудинальных, не позволяет судить об отдаленных последствиях того или иного пищевого поведения.

Burket N.T., Muckenhber J., Grosschladl F. et al. (2014) Nutrition and health — the Association between Eating Behavior and Various Health Parameters: A Matched Sample Study. PLoS ONE, 7 February [Epub ahead of print].

Виталий Безшейко