

## Борьба с инсультом и сосудисто-мозговыми заболеваниями: проблемы, решения, перспективы

6–8 ноября 2014 г. в Киеве при поддержке Министерства здравоохранения Украины, Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Всеукраинской общественной организации «Украинская ассоциация борьбы с инсультом» состоялся III Национальный конгресс «Инсульт и сосудисто-мозговые заболевания» (Конгресс). В течение трех дней работы Конгресс объединил вокруг проблем инсультологии широкий круг специалистов: неврологов, кардиологов, врачей общей практики — семейной медицины, нейрохирургов, организаторов здравоохранения, специалистов по вопросам реабилитации и медико-социальной помощи. Важным элементом программы форума стало подведение итогов образовательной и просветительской деятельности Всеукраинской общественной организации «Украинская ассоциация борьбы с инсультом», с момента создания которой в этом году исполняется 10 лет. Однако основная часть мероприятия была сконцентрирована на формировании стратегии дальнейшего развития инсультологии на основе достижений фундаментальной науки и доказательной медицины. В рамках Конгресса состоялись пленарные заседания, лекции, научные симпозиумы, рабочие совещания, дискуссии, школы, мастер-классы и профессиональные тренинги, посвященные таким важным вопросам инсультологии, как эпидемиология, факторы риска, первичная и вторичная профилактика, неотложная терапия и современные нейрохирургические методы лечения инсульта и сосудисто-мозговых заболеваний, медико-социальные проблемы, реабилитация и экспертиза больных.



Профессор **Николай Полищук**, член-корреспондент Национальной академии медицинских наук Украины, заведующий кафедрой нейрохирургии Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) имени П.Л. Шупика, президент Всеукраинской общественной организации «Украинская ассоциация борьбы с инсультом» (ВОО УАБИ), напомнил о роли общественности в борьбе с инсультом, а также ознакомил участников Конгресса с показателями распространенности и заболеваемости инсультом в Украине и мире.

Согласно данным официальной статистики, распространенность заболеваний системы кровообращения в 2013 г. составила 68,7 тыс. случаев на 100 тыс. населения, из них: гипертонической болезни — 32,2 тыс.; инсульта — 282,3 тыс.; инфаркта миокарда — 132,6 тыс. Инсульт является второй глобальной причиной смертности населения в мире, ежегодно происходит ≈16 млн инсультов. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире отмечается тенденция к росту смертности от инсульта: если в 2005 г. этот показатель составил 5,7 млн случаев, то в 2015 и 2030 г. он прогностически составит 6,5 и 7,8 млн случаев соответственно.

Риск развития инсульта зависит от уровня доходов населения: ⅓ всех случаев инсульта в мире приходится на страны с низким и средним уровнем благосостояния с максимальным показателем в странах Восточной Европы. Смертность по причине инсульта в таких странах также значительно

выше и составляет >85% случаев (95% у лиц в возрасте <70 лет).

Что касается Украины, то заболеваемость мозговым инсультом значительно варьирует в зависимости от региона. Так, по статистическим данным Министерства здравоохранения (МЗ) Украины, максимальная заболеваемость отмечена в Восточных, минимальная — в Западных регионах (385,2 и 188,1 на 100 тыс. населения соответственно). Как отметил Н. Полищук, если такая чрезвычайно тревожная ситуация не изменится, каждый 5-й житель Украины умрет по причине инсульта, а еще каждый 5-й окончит свою жизнь зависимым от окружающих инвалидом. Такой страшный прогноз вполне реален, поскольку 40–50% больных умирают в течение 1-го года после перенесенного инсульта, а 80% выживших остаются инвалидами. Это очень тяжелое для общества бремя, но еще тяжелее оно для семьи такого человека, зачастую обреченной на бедность, а иногда и нищету.

Профилактика и мотивация к здоровому образу жизни стоят значительно меньше любого лечения, однако требуют значительно больших усилий как государства, так и общественности. В данном случае большое внимание следует уделять популяционным стратегиям борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По мнению докладчика, успешность и перспективность данных стратегий подтверждена рядом проведенных программ. В проекте «Северная Карелия» (Финляндия) на протяжении 30 лет проведена комплексная многофакторная программа, направленная на ограничение курения, употребления алкоголя, снижение артериального давления, регулярную диету и физическую активность, что позволило снизить смертность по причине ишемической болезни сердца на 82%. В результате проведения в США на протяжении 10 лет

широкомасштабной программы по профилактике и контролю артериальной гипертензии, болезней сердца, ограничению курения смертность от ишемической болезни сердца снизилась на 40%. Следовательно, международный опыт успешных и эффективных мероприятий по борьбе с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний наглядно демонстрирует их значение в снижении смертности населения.

В контексте вышесказанного Н. Полищук подчеркнул основные направления деятельности ВОО УАБИ:

- снижение заболеваемости и распространенности мозгового инсульта в Украине благодаря широкому внедрению профилактических мероприятий;
- повышение информированности населения относительно признаков и факторов риска развития инсульта;
- сотрудничество с государственными органами и общественными организациями в направлении снижения заболеваемости и смертности от мозгового инсульта.

По мнению докладчика, определенные успехи в данных направлениях уже достигнуты. В 2006 г. ВОО УАБИ положено начало профилактически-просветительской программы «Стоп инсульт», состоящей из серии мероприятий, цель которых — актуализация проблемы распространения сердечно-сосудистых заболеваний, а также разъяснительная работа среди населения о факторах риска развития инсульта и возможностях его профилактики. В 2006–2014 гг. проведено >1,2 млн измерений артериального давления по всем регионам Украины. Оказалось, что 38% обследованных с повышенным артериальным давлением никогда не получали антигипертензивной терапии, а 44% добровольцев вообще не знали о наличии у них артериальной гипертензии.

Також по ініціативі ВОО УАБІ випущені листи самооценки ризику розвитку інсульту, проведено ряд спільних інформаційних заходів для пацієнтів (просвітительські школи для перенеслих інсульту і їх сімей, школи профілактики і реабілітації), заходів програми «Стоп інсульт» для лікарів, прийнято активне участь у розробці і впровадженні стандартів надання допомоги при інсульті.



**Професор Тамара Мищенко**, завідувачка відділенням судинної патології головного мозку ГУ «Інститут клінічної і експериментальної неврології і психіатрії НАМН України»,

головний зовнішній спеціаліст МЗ України по спеціальності «Неврологія», обговорила про стан і перспективи допомоги інсультним хворим в Україні і світі. Вона відзначила, що тенденція до зростання кількості інсультів по всьому світу пояснюється, з однієї сторони, старінням населення планети, з іншої — розповсюдженням в популяції факторів ризику розвитку інсульту, таких як артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, захворювання серця, фібрилляція передсердь, цукровий діабет, надмірне вживання алкоголю, куріння, стрес, ожиріння і інше. Смертність від цереброваскулярних причин в 2010 р. становила 13%, а в 2025 р. прогнозовано становитиме 33%. Смертність населення в ві-

растві 30–69 років по причині цереброваскулярних захворювань в період 2010–2025 г. становитиме 24 і 38% серед осіб жіночої і чоловічої статі відповідно. Згідно статистичним даним, за період 1990–2010 г. кількість випадків інсульту у людей в віці 20–64 років зросло на 25%, поширеність інсульту — на 113%, захворюваність інсульту — на 70%, смертність по причині інсульту — на 36%, інвалідизація внаслідок інсульту — на 731%, кількість випадків геморагічного інсульту — на 16%.

По думці Т. Мищенко, дуже важливим сьогодні є питання геморагій, кількість яких в останні роки значно збільшилася. Щорічно в світі 2 мільйонів осіб помирає внаслідок внутрішньомозгових кровоизливань (ВМК), що становить 10–15% всіх випадків інсульту. При збільшенні віку на кожні 10 років кількість випадків ВМК збільшується майже вдвічі. При цьому смертність по причині ВМК досягає 35–52% впродовж 30 днів (в середньому — 40,4%). Впродовж 6 місяців близько 20% пацієнтів залежить від сторонньої допомоги.

Докладчик докладно розглянула сучасні підходи до ведення пацієнтів з гострим мозковим інсультом, а також стратегію первинної і вторинної профілактики. При ішемічному інсульті — це терапія, спрямована на відновлення судинного русла (тромболізис або застосування ацетилсалicyлової кислоти — АСК), при геморагічному — хірургічне втручання. Серед усіх методів лікування при ішемічному інсульті тромболітичну терапію відносять до ряду таких, ефективність яких доказа-

на результатами великих багатокітних досліджень. Цей метод лікування дозволяє на 30% знизити інвалідизацію хворих. На сьогоднішній день розроблено стандарт лікування при гострому ішемічному інсульті, що включає лікування в спеціалізованих центрах з проведенням реперфузії, базисної терапії, допоміжного лікування, ранньої мобілізації і вторинної профілактики. Суть базисної терапії, в свою чергу, полягає в корекції порушень дихання, контролю метаболізму глюкози і температури тіла, регуляції функцій серцево-судинної системи, нормалізації водно-електролітного балансу, профілактики і лікування ускладнень. Крім того, в 2014 р. опубліковано стандартизовані клінічні протоколи екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги і медичної реабілітації пацієнтів з геморагічним інсультом.

Вона відзначила Т. Мищенко, в даний час одним з перспективних напрямків в лікуванні пацієнтів з мозковим інсультом є нейропротекторна терапія. Вона дозволяє уникнути пошкодження нейронів і, відповідно, знизити інвалідизацію як при геморагічному, так і ішемічному інсульті. Найбільш широко застосовуються варіанти нейропротекції: монотерапія нейропротективним препаратом, застосування нейропротекції з метою «заморожування» периферических відділів очага ішемії для кращого відновлення тканини при пізній реперфузії, зменшення нейропротектором вторинних пошкоджень





мозга после реперфузии, применение нейротектора со множественными эффектами для модуляции ишемического каскада и оптимизации последующего восстановления нервной ткани.

Большое внимание в докладе уделено и таким важным вопросам, как нейрореабилитация и ранняя мобилизация постинсультных больных, стратегия вторичной профилактики инсульта, подходы к улучшению когнитивных исходов после инсульта и др.



Об организации оказания помощи пациентам с геморрагическим и н с у л ь т о м в Украине сообщил профессор **Владимир Смо-ланка**, директор Ужгородского областного центра нейрохирургии

и неврологии, ректор Ужгородского национального университета. Начиная доклад, он привел статистические данные относительно спонтанных ВМК и субарахноидальных кровоизлияний, которые составляют две наибольшие группы геморрагического инсульта. Так, спонтанные ВМК составляют 9–27% всех острых нарушений внутримозгового кровообращения. Уровень летальности при этом достигает 40% на протяжении 1 мес и до 54% в течение года. Половина всех летальных случаев происходит на протяжении первых 2 сут. Что касается субарахноидальных кровоизлияний, то их распространенность составляет 9,1 на 100 тыс. населения, а летальность — до 60% (догоспитальная — 10–15%). Наиболее неблагоприятными прогностическими факторами развития геморрагического инсульта являются низкий уровень сознания, гидроцефалия, глубинная локализация, значительный объем гематомы, гипертермия, неконтролируемое внутричерепное давление и увеличение объема гематомы.

В своем докладе В. Смоланка рассмотрел основные принципы организации и оказания медицинской помощи пациентам с геморрагическим инсультом на разных этапах. В частности, на догоспитальном этапе необходимо проведение диагностических мероприятий в кратчайшие сроки, осуществление срочной госпитализации в учреждения здравоохранения второго уровня (многопрофильные лечебные учреждения интенсивного лечения) независимо от возраста и других факторов. Лечебная тактика на данном этапе состоит в проведении как немедикаментозных (правильное положение тела, обеспечение проходимости дыхательных путей, оксигенотерапия при признаках гипоксии), так и медикаментозных мероприятий (коррекция артериального давления, уровня глюкозы, устранение судорожного синдрома). Основными же задачами медицинской помощи на госпитальном этапе являются:

- быстрое диагностическое обследование с целью определения типа инсульта, локализации и объема гематомы, причины кровоизлияния;

- оценка состояния и определение лечебной тактики;
- проведение лечения и ранней реабилитации;
- подготовка к выписке и индивидуальные рекомендации.

В заключение доклада В. Смоланка подчеркнул основные подходы в лечении ВМК:

- остановка или замедление первичного кровотечения в течение первых часов после его начала;
- удаление крови из паренхимы или желудочков с целью устранения как механического, так и химического фактора поражения мозга;
- коррекция осложнений (повышенное внутричерепное давление, уменьшенная церебральная перфузия);
- проведение общей поддерживающей терапии.



**Елена Мороз**, заместитель директора по научной работе ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем и инвалидности МЗ Украины» (Институт), привела эпидемиологические

данные показателей инвалидности в Украине. По данным статистики, в 2013 г. население Украины составляло 45,7 млн человек, из них 2,8 млн — люди с инвалидностью. Лица с инвалидностью трудоспособного возраста составляют 53% общего количества лиц соответствующей категории, или 6,5% в общей структуре экономически активного населения.

Докладчик напомнила, что, согласно статье 2 Закона Украины от 21.03.1991 г. № 875-XII «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» и статье 1 Закона Украины от 06.10.2005 г. № 2961-IV «Про реабілітацію інвалідів в Україні», под понятием «инвалид» подразумевают лицо со стойким расстройством функций организма, что при взаимодействии со внешней средой может приводить к ограничению его жизнедеятельности, вследствие чего государство обязано создать условия для реализации им прав наравне с другими гражданами и обеспечить его социальную защиту. Сегодня в Украине функционирует порядка 590 реабилитационных учреждений разной сферы управления, которые ежегодно оказывают услуги ≈45 тыс. лиц с инвалидностью. Также около 600 тыс. человек, в том числе с инвалидностью, обеспечиваются через органы труда и социальной защиты населения техническими и другими средствами реабилитации.

В Украине основным критерием оценки инвалидности или ее отсутствия является оценка ограничения жизнедеятельности — полная или частичная потеря персоной вследствие заболеваний, травм или врожденных пороков способности или возможности самообслуживания, самостоятельного передвижения, общения, ориентации,

контроля за своим поведением. При принятии решения о наличии инвалидности оценивают ряд важных критериев: степень ограничения жизнедеятельности, факт наличия стойкого ограничения функций, причинная связь нарушения функций с перенесенным заболеванием и время наступления расстройства.

Е. Мороз отметила, что Институт активно занимается формированием информационной базы по первичной инвалидности в Украине на основе статистико-аналитического сбора информации из всех регионов страны, однако данных по накопленной инвалидности на сегодняшний день недостаточно. Ежегодно в клинике Института ≈1 тыс. пациентов неврологического профиля проходят обследование по направлению центров медико-социальной экспертизы, в связи со сложностями принятия решения относительно конкретных случаев. Докладчик подчеркнула, что медико-социальная экспертиза проводится лишь при условии полноценно проведенного лечебно-диагностического комплекса мероприятий, то есть ответственность за принятие решений и некорректно предоставленную в центры медико-социальной экспертизы информацию лежит на врачах-клиницистах.

По данным статистики, минимальной является инвалидность вследствие транзиторной ишемической атаки (ТИА) — проходящего нарушения мозгового кровообращения, в большинстве случаев не имеющего никакого морфологического субстрата, не приводящего к стойкому ограничению жизнедеятельности. В то же время ТИА являются предшественниками инсульта и по факту своего возникновения требуют оказания эффективной медицинской помощи, а в дальнейшем — скрининга факторов риска и наблюдения таких пациентов.

За последнее десятилетие отмечена тенденция к повышению инвалидности вследствие рассеянного склероза (2,4 случая на 100 тыс. населения), при этом динамика первичной инвалидности вследствие рассеянного энцефаломиелита имеет тенденцию к снижению (с 1,2 до 1 случая на 100 тыс. населения). Также отмечен рост заболеваемости болезнью Паркинсона с 44,4 до 63,7 случая на 100 тыс. населения. При этом наиболее высокую заболеваемость регистрируют в регионах, где созданы и эффективно функционируют специализированные центры оказания помощи таким пациентам (Киев, Киевская, Винницкая и Львовская области).

О внедрении стандартов оказания медицинской помощи при инсульте в медицинскую практику рассказала **Елена Лищишина**, директор Департамента стандартизации медицинских услуг Государственного экспертного центра



МЗ України. Она отметила, что система стандартизации медицинской помощи в Украине на сегодняшний день создается по лучшим европейским образцам и базируется на адаптированных клинических руководствах, разработанных на основе доказательной медицины. Именно в рамках клинических руководств возможны вариации оказания медицинской помощи; если какое-либо медицинское вмешательство не рассматривается в клинических протоколах, то оно не показано при данной нозологической форме.

Нормативно-правовой базой для разработки и внедрения медико-технологических документов являются:

- Закон МЗ Украины от 28.09.2012 г. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України»;
- Закон МЗ Украины от 11.09.2013 г. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги».

Эти документы зарегистрированы в Министерстве юстиции Украины и являются обязательными для исполнения во всех учреждениях здравоохранения независимо от формы собственности. Начиная с 2012 г. новые документы по стандартизации медицинской помощи разрабатываются на принципах доказательной медицины (в документы включаются медицинские технологии, лекарственные средства с доказанной эффективностью), на клиническую тему (диагноз) и содержат механизм внедрения и механизм мониторинга эффективности оказанной медицинской помощи.

Е. Лищишина напомнила, что адаптированное клиническое руководство является не нормативным документом, а специально подготовленным обзором литературы, который содержит научное обоснование для принятия решений относительно оказания медицинской помощи, а унифицированный клинический протокол медицинской помощи — минимальные требования к уровню оказания медицинской помощи. В частности унифицированный клинический протокол экстренной, первичной, вторичной (специализированной), третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи и медицинской реабилитации «Геморрагический инсульт (внутричерепная гематома, аневризмальное субарахноидальное кровоизлияние)» разработан на основании двух адаптированных клинических руководств:

- адаптированное клиническое руководство, основанное на доказательствах «Геморрагический инсульт. Спонтанное внутримозговое кровоизлияние»;
- адаптированное клиническое руководство, основанное на доказательствах «Геморрагический инсульт. Аневризмальное субарахноидальное кровоизлияние».

В завершение Е. Лищишина подчеркнула, что современная система стандартизации ориентирована на создание условий для надлежащего уровня профессионализма в каждом учреждении здравоохранения,

на восстановление доверия и развитие партнерских отношений между пациентом и медицинским работником, обеспечение доступа к адекватной медицинской помощи.

Почетным гостем Конгресса стал профессор **Натан Борнштейн** (Израиль), вице-президент Всемирной организации по борьбе с инсультом (World Stroke Organization — WSO), член правления Европейской организации инсульта (European Stroke Organisation — ESO), который по видеосвязи в формате онлайн провел креш-курс «Не теряйте время — спасайте мозг! Современные рекомендации по ведению пациентов с транзиторными ишемическими атаками».

Докладчиком рассмотрены 4 чрезвычайно острые темы инсультологии на основе доказательно обоснованных представлений по предотвращению инсульта:

- «время — мозг»; преходящие нарушения мозгового кровообращения — это неотложное состояние;
- новые представления о роли антиагрегантных лекарственных средств во вторичной профилактике инсульта;
- мероприятия при клинически проявляющемся стенозе сонной артерии;
- фибрилляция предсердий и предотвращение инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Как отметил Н. Борнштейн, до недавнего времени ТИА определяли как внезапно возникший фокальный неврологический дефицит, предположительно сосудистой этиологии, длительностью не более 24 ч. Это определение соответствовало действительности, однако на данный момент оно утратило актуальность. Согласно новому определению, основанному не на времени, а на утрате ткани, ТИА — это кратковременный эпизод неврологической дисфункции, вызванной фокальной ишемией головного или спинного мозга либо ишемией сетчатки, при котором клинические симптомы сохраняются < 1 ч и отсутствуют подтверждения о наличии острого инфаркта мозга.

Докладчик отметил, что в 15–20% случаев инсульту предшествуют преходящие нарушения мозгового кровообращения, являясь своего рода предикторами развития инсульта. Ответ на вопрос о том, за какое время до возникновения инсульта ему предшествует ТИА, получен по результатам недавно проведенного популяционного исследования, включавшего > 2 тыс. пациентов. В частности, у 23% пациентов развитию инсульта предшествовало развитие ТИА, в 17% случаев ТИА отмечали в день возникновения инсульта, а в 9% случаев — за 1 сут до возникновения инсульта. У 43% пациентов ТИА отмечали в пределах 7 сут до возникновения инсульта. В подавляющем большинстве случаев наибольшую частоту и риск возникновения инсульта определяли в первые несколько дней после перенесенной ТИА, и этот риск снижался в последующем. К сожалению, в реальной жизни очень трудно обследовать в полном объеме пациента, перенесшего ТИА в ближайшее время (в пределах 24 ч после ТИА). Следовательно, возникла необходимость в дифференцировании пациентов с высоким риском, которых необходимо обследо-

вать в ближайшие часы после перенесенной ТИА. Для этой цели разработана 7-балльная шкала оценки пациента ABCD2\*, позволяющая дифференцировать лиц с высоким риском развития инсульта.

Для верификации ТИА необходимо убедиться в том, что она не сопровождается развитием структурных изменений в головном мозгу, для чего необходимо выполнение визуализации. Наилучший способ заключается в применении магнитно-резонансной томографии с использованием методики диффузионно-взвешенного изображения (ДВИ). Высказано предложение добавить к шкале ABCD2 еще и визуализацию в режиме ДВИ с целью определения позитивных или негативных находок в эпизоде ТИА. При применении этой новой версии шкалы за наличие проявлений при ДВИ добавляется 1 балл, и еще 1 балл — в случае выявления при ангиографическом исследовании окклюзии крупного сосуда. Согласно результатам проведенного валидационного исследования, опубликованном в 2008 г., при применении этой усовершенствованной 9-балльной шкалы у пациентов с оценкой 7–9 баллов риск возникновения инсульта составлял 32,1%, 5–6 баллов — 5,4%.

Н. Борнштейн также проанализировал основные мероприятия по предотвращению инсульта у пациентов, перенесших ТИА. Как отметил докладчик, несмотря на то что предпочтительным средством для пациентов с ТИА является АСК (300 мг на протяжении первых 2 нед с последующим снижением дозы до 100 мг), ее применение целесообразно лишь после проведения дифференциальной диагностики (первоначальные проявления геморрагического инсульта, кратковременный парциальный припадок, субдуральные гематомы, метастазы опухоли и др.) на основании результатов визуализационного исследования, позволяющего убедиться в том, что имело место именно ишемическое нарушение. Клопидогрел в дополнение к АСК целесообразно назначать пациентам среднего возраста при отсутствии структурных изменений в головном мозгу, у которых ТИА характеризуется прогрессирующим течением.

В заключение выступления Н. Борнштейн признал, что в последние годы в Украине отмечен значительный прогресс относительно организации медицинской помощи пациентам с инсультом, а также совершенствования методологических подходов, и пожелал дальнейших успехов в борьбе с инсультом.

В рамках Конгресса, помимо обсуждения вопросов организации и оказания медицинской помощи пациентам с инсультом, новейших методик диагностики, лечения и профилактики этого заболевания, активно работали «Школа профилактики инсульта», «Школа клинической фармакотерапии», «Клуб специалистов тромболитика» и «Экспертный нейроклуб».

*Сергей Боровик,  
фото Сергея Бека*

\*A (Age) — возраст, B (Blood pressure) — артериальное давление, C (Clinical features) — клинические симптомы, D2 (Duration of TIA, Diabetes) — продолжительность ТИА, сахарный диабет.