

Академія інсульту: стандартизація та перспективи надання медичної допомоги

12–13 листопада 2015 р., з нагоди відзначення 29 жовтня Всесвітнього дня боротьби з інсультом, у Києві відбувся V Науково-освітній форум «Академія інсульту», головним організатором якого традиційно виступила Всеукраїнська громадська організація «Українська асоціація боротьби з інсультом». Захід пройшов при підтримці Міністерства охорони здоров'я України, Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, Всесвітньої організації боротьби з інсультом, Європейської інсультної організації. Форум є одним із ключових заходів у рамках освітньо-профілактичної програми «Стоп інсульт», який щорічно збирає мультидисциплінарний склад фахівців для продуктивного обговорення найактуальніших питань сучасної інсультології та організації інсультної служби на всіх її рівнях. Головними темами заходу стали стандартизація медичної допомоги при інсульті та нові можливості для створення інсультної допомоги в Україні у рамках 5-річного проєкту ESO-EAST (Enhancing and Accelerating Stroke Treatment).

Форум розпочато зі спільного пленарного засідання Європейської організації боротьби з інсультом (European Stroke Organisation — ESO) та Всеукраїнської громадської організації «Українська асоціація боротьби з інсультом» (ВГО УАБІ): «Стандартизація медичної допомоги пацієнтам з інсультом у світі та в Україні. Проєкт ESO-EAST в Україні».



Професор **Микола Поліщук**, президент ВГО УАБІ, член-кореспондент Національної академії медичних наук (НАМН) України, завідувач кафедри нейрохірургії Національної медичної

академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, представив аудиторії вступну доповідь «Стратегічні питання в боротьбі з інсультом» і вкотре наголосив, що проблема інсульту була та продовжує залишатися однією з найактуальніших не лише в Україні, але й в інших країнах. Це пояснюється значною поширеністю захворювання, високою інвалідністю та смертністю. Інсульт і досі залишається другою глобальною причиною смертності населення у світі, щороку реєструють близько 16 млн випадків інсульту, $\frac{1}{3}$ з яких припадає на країни з низьким і середнім рівнем добробуту з максимальним показником у країнах Східної Європи. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі відзначається тенденція до зростання смертності від інсульту: так, у 2005 р. цей показник становив 5,7 млн випадків, а у 2030 р. він прогностично становитиме 7,8 млн випадків. Інсульт — значний соціально-економічний тягар як для родини хворого, так і для суспільства.

Першочерговими заходами для поліпшення боротьби з інсультом у країнах, що розвиваються, є:

- формування служби боротьби з інсультом на місцях;
- призначення ключового закладу, відповідального за навчання та розповсюдження інформації;
- реєстрація та моніторинг основних показників статистики інсульту в національних, регіональних та місцевих вимірах;
- впровадження цих стратегій у медичну практику.

Успішне проведення цих заходів можливе лише за умови об'єднання зусиль світової медичної спільноти, і першим кроком для цього має стати запроваджений у поточному році проєкт ESO-EAST щодо поліпшення медичної допомоги та освіти у країнах Східної Європи, зокрема в Україні. Він передбачає 5-річне співробітництво із представниками країн Східної Європи, що є провідниками ідей у своїх країнах, з метою оптимізації допомоги та впровадження найкращої світової практики лікування інсульту.



Професор **Тамара Міщенко**, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України за спеціальністю «Неврологія», керівник відділу судинної патології головного мозку Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», ознайомила присутніх зі станом медичної допомоги при інсульті в Україні.

Згідно з даними статистики, станом на 2014 р. захворюваність на мозковий інсульт становила 266,5 на 100 тис. населення (у країнах Європи — 200 на 100 тис. населення), з них 33% — особи працездатного віку. Найвищу поширеність захворювання відзначали зокрема у Волинській (380,7 на 100 тис. населення) та Вінницькій

(369,1 на 100 тис. населення) областях. Найнижчі показники зареєстровано у Львівській (199,9 на 100 тис. населення), Чернівецькій (207,3 на 100 тис. населення) областях та місті Києві (208,2 на 100 тис. населення). Співвідношення ішемічного інсульту до геморагічного в Україні становило 1:5, у країнах Європи — 1:7. Зниження захворюваності (2013 р. — 299,5 на 100 тис. населення) частково пояснюється певними територіально-політичними змінами у країні. Позитивним є деяке зниження смертності від інсульту порівняно з попередніми роками: у 2014 р. — 84,8 на 100 тис. населення, у 2013 р. — 91,4 на 100 тис. населення. При цьому найвищі показники зареєстровано у Запорізькій (118,5 на 100 тис. населення), Чернігівській (118,0 на 100 тис. населення), Кіровоградській (107,5 на 100 тис. населення) областях, найнижчі — у Закарпатській (42,4 на 100 тис. населення), Чернівецькій (45,6 на 100 тис. населення) та Житомирській (57,3 на 100 тис. населення) областях.

Станом на 2015 р. спеціалізовану допомогу населенню надають 5030 неврологів (11,4 на 100 тис. населення), ліжковий неврологічний фонд налічує 23 143 ліжка, що становить 5,41 на 10 тис. населення (для порівняння в середньому у світі — 0,36; у країнах Європи — 1,71), з них 2439 — для лікування пацієнтів з інсультом. На сьогодні функціонує 52 інсультних відділень майже у всіх регіонах України, однак не всі вони забезпечені достатньою кількістю апаратів для проведення нейровізуалізації. Крім того, незважаючи на деякий зріст показників проведення тромболітичної терапії, як і раніше, існують такі перешкоди на шляху до ширшого її застосування при інсульті:

- відсутність у достатній кількості спеціалізованих інсультних відділень, в яких є можливість цілодобового виконання комп'ютерної (КТ) або магнітно-резонансної томографії (МРТ);
- недостатня обізнаність про міжнародні стандарти лікування інсульту, зо-

крема застосування тромболітичної терапії;

- небажання чи побоювання лікарів застосовувати цей лікувальний підхід у зв'язку з можливими ускладненнями, перш за все, геморагічного характеру.

Як зазначила Т. Міщенко, поліпшення якості надання допомоги пацієнтам із мозковим інсультом передбачає створення мережі спеціалізованих інсультних відділень, оснащених апаратами КТ або МРТ, що працюють у цілодобовому режимі. У цих відділеннях слід забезпечити роботу мультидисциплінарної бригади з обов'язковою участю невролога, нейрохірурга, терапевта, реабілітолога.

Заходи, що сприяють зменшенню інвалідності внаслідок мозкового інсульту, мають включати: негайне лікування осіб із гострим інсультом у спеціалізованих інсультних блоках, адекватне надання допомоги у разі транзиторно-ішемічної атаки, проведення програми навчання лікарів щодо надання екстреної допомоги при мозковому інсульті, можливість виконання нейровізуалізації всім пацієнтам, ранню реабілітацію, боротьбу з ускладненнями, виявлення та лікування стенозу сонної артерії, проведення вторинної профілактики.



Доктор **Валерія Касо** (Valeria Kaso), обраний президент ESO, керівник проекту ESO-EAST в Європейському Союзі (ЄС), розповіла, у чому полягає місія та діяльність ESO щодо розвитку системи протиінсультної допомоги у країнах Східної Європи, зокрема впровадження проекту ESO-EAST в Україні. Насамперед доповідач підкреслила актуальність проблеми інсульту, оскільки це захворювання вражає людей віком 15–59 років, а найвищий ризик виникнення інсульту відзначають серед осіб працездатного віку з активною життєвою позицією.

Мета проекту ESO-EAST полягає у співпраці з обраними фахівцями країн Східної Європи для оптимізації та впровадження в цих країнах рекомендованих стандартів лікування інсульту. Впродовж 5 років проект потребуватиме виконання взаємних зобов'язань. Координатори та представники ESO пропонуватимуть учасникам надання консультацій щодо розроблення способів лікування пацієнтів із інсультом. ESO підтримуватиме проекти та інструкції, що подаються на затвердження місцевими органами державної влади. Комісія з сертифікації інсультних відділень буде активно задіяна у підтримці обраних учасників проекту ESO-EAST. Для фахівців, задіяних у проєкті, надаватимуться гранти для участі у конференціях та додаткових програмах ESO. Крім того, ESO сприятиме створенню системи професійних взаємодій між країнами — учасниками проекту для обміну ноу-хау.

На думку В. Касо, одним з очікуваних результатів реалізації проєкту є регулярне проведення освітніх заходів та створення єдиного українського реєстру пацієнтів з інсультом, який стане частиною загальноєвропейського реєстру, що дасть змогу розробити й запровадити єдиний ефективний та безпечний метод лікування пацієнтів із цим захворюванням.



Представник проєкту ESO-EAST в ЄС **Аксель Колмець** (Австрія) розглянув можливість реєстрових досліджень у вдосконаленні стандартної практики лікування інсульту та відзначив їх основні переваги і недоліки порівняно з рандомізованими контрольованими дослідженнями (РКД). Як зазначив А. Колмець, реєстри слід використовувати як доповнення до РКД для оцінки реалістичності результатів стосовно безпеки, ефективності, лікувальних шаблонів (доза, пацієнти, застосування поза прямим показанням) та дотримання призначень.

Реєстрові бази даних наповнюються релевантними індивідуальними даними пацієнтів з інсультом, які вносить медичний персонал. Якщо цей процес виконується ізольовано, тобто в межах окремо взятого інсультного центру, формується госпітальний інсультний реєстр. Якщо різні госпітальні реєстри взаємозв'язані, їх дані об'єднують у локальні, регіональні та національні інсультні реєстри. Наприклад, реєстр SITS-MOST (Safe Implementation of Thrombolysis — Stroke Monitoring Study), який використовується в реєстровому дослідженні CREGS-S (Cerebrolysin REGistry Study in Stroke), — найбільш досконала міжнародна реєстрова база даних. Первинна мета створення SITS-MOST — реєстрація пацієнтів, яким проводили тромболітичну терапію.

А. Колмець підкреслив, що створення реєстрової бази даних інсульту сприятиме поліпшенню планування і використання ресурсів, а також надасть можливість оцінити якість лікування та постійно покращувати її.



Про перспективи створення регіонального реєстру інсульту в Україні розповів професор **Сергій Московко**, завідувач кафедри нервових хвороб із курсом нейрохірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. У доповіді він озвучив ключові вимоги щодо створення цього реєстру, а саме:

- заінтересованість спільноти фахівців та провідних адміністраторів у меті реєстру;

- відповідальність виконавців;
- чітке усвідомлення того, що реєстр не є черговою формою звіту, а діагностичним інструментом для моніторингу всіх аспектів проблеми.

Складовими реєстру мають бути: демографічні дані випадку, просторово-часові відомості про випадок, маршрут пацієнта, відомості про нейровізуалізацію, клінічні відомості (характер, підтип, тяжкість інсульту, тип терапевтичного втручання), безпосередній наслідок інсульту, призначена вторинна профілактика, дані про віддалені наслідки (через 90 днів та 1 рік).

Первинну відповідальність за ведення реєстру та отримання ключових даних покладено на неврологічну службу регіону. Відповідальність за подальший перебіг, реабілітацію та комплаєнс вторинної профілактики, збір даних про віддалені наслідки та настання негативних кінцевих точок несуть лікарі мережі сімейної медицини: без їх залучення та відповідальності за процес регіональний реєстр інсульту перетвориться у документальний тягар без жодних сподівань на отримання позитивного результату. Перевірка достовірності отриманих даних та оцінка реальної практики ведення пацієнтів з інсультом на місцях мають бути поштовхом для змін, перш за все, самих аудиторів. Прийняття важливих рішень, зокрема фінансових та ресурсних, має ґрунтуватися на достовірній інформації.

С. Московко зауважив, що кінцева мета постійно діючого регіонального реєстру інсульту полягає не лише в організації системи, що максимально гарантує пацієнту якість допомоги при інсульті, але й у створенні умов для ведення загалу хворих із застосуванням технологій телемедицини, принаймні із залученням усього можливого інтелектуального медичного ресурсу.



Напрямки реалізації проєкту ESO-EAST в Україні розглянув **Юрій Фломін**, кандидат медичних наук, завідувач відділення Інсультного центру універсальної клініки «Оберіг». Він

відзначив, що план дій, спрямованих на організацію протиінсультної допомоги, запропонований Всесвітньою організацією боротьби з інсультом, передбачає насамперед створення необхідної кількості інсультних блоків (Stroke Unit) та єдиного національного реєстру інсульту.

Наприклад, у Швеції, чисельність населення якої становить 10 млн осіб, щороку реєструють 30 тис. випадків інсульту. З 1994 р. у країні запроваджено національний реєстр інсульту, основна мета якого — накопичення та систематизація даних, отриманих з усіх інсультних відділень. Доповідач зауважив, що цей реєстр охоплює 85–90% усіх випадків інсульту, і ця частка



постійно зростає. У Польщі з населенням 38 млн осіб, де реєструють близько 80 тис. випадків ішемічного інсульту на рік, функціонує близько 170 інсультних блоків, в яких проводять понад 15 тис. процедур тромболізу. Згідно з даними статистики, з кожної 1 тис. пацієнтів, які лікувалися в інсультних блоках, 43 unikнули летального випадку або інвалідності протягом першого року від початку лікування.

Отже, як зазначив доповідач, реалізація проекту ESO-EAST в Україні передбачає: збільшення та розгалуження мережі інсультних відділень, розповсюдження інформації щодо проекту, створення керівного комітету, проведення опитування відносно структури інсультної служби, спільних засідань комітету ESO-EAST із ВГО УАБІ в рамках форуму «Академія інсульту» у подальшому, прийняття наказу Міністерства хорони здоров'я України про обов'язкову участь у проекті ESO-EAST всіх інсультних відділень країни. Збір даних про випадки інсульту заплановано провести протягом 1 міс у березні 2016 р. з подальшим контролем результатів протягом 3 міс.



Питання стандартів надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з інсультом у рамках спеціалізованого заходу для фахівців екстреної медичної допомоги досить докладно висвітлив **Іван Зозуля**,

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медицини невідкладних станів НМАПО імені П.Л. Шупика. Перш за все, доповідач відзначив, що впровадження в останні роки нових методів нейровізуалізації та концепцій «ішемічної напівтіні» (ischemic penumbra), «терапевтичного вікна» та «гетерогенності мозкового інсульту» принципово змінили підходи щодо діагностики інсульту, трансформували тактику ведення та лікування пацієнтів із цим захворюванням.

На сьогодні стратегія лікування та профілактики мозкового інсульту передбачає дотримання концепцій доказової медицини, покладених в основу рекомендацій Європейської ініціативи з профілактики та лікування інсульту, а також американської та вітчизняної організацій боротьби з інсультом.

Зокрема діагностика інсульту методологічно здійснюється у три етапи. На першому етапі відмежовують інсульт від інших гострих станів, пов'язаних з ураженням мозку, на другому — встановлюють характер інсульту (ішемічний, геморагічний), на третьому — уточнюють локалізацію крововиливу та його можливі механізми розвитку при геморагічному інсульті або басейн ураженої судини і патогенез інфаркту мозку при ішемічному інсульті. Основну роль при цьому відіграє збір детального анамнезу зі слів родичів, оточуючих або самого пацієнта. Раптовий та гострий, протягом декількох хвилин або секунд, розвиток стійкого неврологічного дефіциту у вигляді рухових, чутливих і нерідко мовних порушень у осіб віком зазвичай старше 45 років на тлі значного емоційного, фізичного перевантаження, одразу після сну або гарячої ванни, при високому або низькому артеріальному тиску дозволяє з досить високою достовірністю встановити діагноз гострого порушення мозкового кровообігу. Додаткова інформація щодо наявності у пацієнта будь-яких судинних захворювань (нещодавно перенесений інфаркт міокарда, миготлива аритмія, артеріальна гіпертензія, атеросклероз судин нижніх кінцівок) або основних факторів ризику (куріння, зловживання алкоголем тощо) робить первинний діагноз більш достовірним.

Найчастіше помилковий діагноз інсульту встановлюють за наявності епілептичних нападів, пухлини мозку, артеріовенозної мальформації, хронічної субдуральної гематоми, при гіпоглікемічних станах, печінковій або нирковій енцефалопатії. Тому найскладніше та відповідальне завдання для лікаря — точна і швидка діагностика характеру інсульту, оскільки в гострий пе-

ріод захворювання саме ці моменти значною мірою визначають подальшу тактику лікування, в тому числі хірургічного, а отже, й прогноз захворювання.

Абсолютно чітка діагностика характеру інсульту (крововилив або ішемія мозку) лише на підставі клінічних даних (доспітальний етап) навряд чи можлива. Тому поряд із наявними клінічними даними слід першочергово проводити КТ головного мозку, оскільки від цього залежать своєчасність і ефективність допомоги, що надається (точність діагностики крововиливів при КТ сягає практично 100%).

І. Зогуля підкреслив, що пацієнти з гострим мозковим інсультом мають бути госпіталізовані у спеціалізоване інсультне відділення так швидко, як це тільки можливо. Чітко доведена пряма залежність прогнозу інсульту від часу початку його лікування. Оптимальною є госпіталізація пацієнта в перші 1–3 год з моменту розвитку захворювання у багатопрофільний стаціонар із сучасною діагностичною апаратурою, де також є ангіоневрологічне відділення з палатою інтенсивної терапії та відділення реанімації зі спеціально підготовленим персоналом. Важливою умовою є наявність у стаціонарі нейрохірургічного відділення або бригади нейрохірургів, оскільки майже ½ пацієнтів з інсультом потребують консультації нейрохірурга або надання спеціалізованої допомоги.

Планову роботу форуму продовжили традиційні міждисциплінарні проекти — Клуб фахівців тромболізу, засідання Експертного нейроклубу, ряд наукових симпозиумів та освітні школи Об'єктивної неврології та профілактики інсульту. Крім того, продовжуючи добру традицію просвіти медичної спільноти з питань інсульту, у рамках заходу відбувся мультидисциплінарний тренінг-практикум «Медична допомога пацієнтам зі сприятливістю після інсульту: впровадження мультидисциплінарного клінічного протоколу в сучасну медичну практику».

*Сергій Боровик,
фото Сергія Бека*