

М.М. Прокопів<sup>1</sup>, С.В. Рогоза<sup>1</sup>, Л.М. Трепет<sup>2</sup>, Л.О. Вакуленко<sup>2</sup>, І.Б. Ярошук<sup>3</sup>, Т.В. Скрипова<sup>3</sup>,  
С.Р. Пелешок<sup>4</sup>, Є.О. Поляков<sup>5</sup>, В.С. Трейтяк<sup>5</sup>, В.Г. Колерова<sup>6</sup>, Л.В. Дубініна<sup>7</sup>, С.С. Кошарська<sup>8</sup>,  
В.В. Яворський<sup>9</sup>, В.Г. Несукай<sup>9</sup>, М.М. Рябіченко<sup>10</sup>, О.Я. Теленгатор<sup>11</sup>, С.О. Ярємова<sup>12</sup>, Л.М. Дупляк<sup>13</sup>, Т.О. Стасула<sup>14</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

<sup>2</sup>Олександрівська клінічна лікарня, Київ

<sup>3</sup>Київська міська клінічна лікарня № 1

<sup>4</sup>Київська міська клінічна лікарня № 3

<sup>5</sup>Київська міська клінічна лікарня № 4

<sup>6</sup>Київська міська клінічна лікарня № 5

<sup>7</sup>Київська міська клінічна лікарня № 6

<sup>8</sup>Київська міська клінічна лікарня № 7

<sup>9</sup>Київська міська клінічна лікарня № 8

<sup>10</sup>Київська міська клінічна лікарня № 9

<sup>11</sup>Київська міська клінічна лікарня № 11

<sup>12</sup>Київська міська клінічна лікарня № 12

<sup>13</sup>Київська міська клінічна лікарня № 15

<sup>14</sup>Київська міська клінічна лікарня № 18

## Фактори ризику, структура та наслідки гострого періоду інсульту у місті Києві за результатами прагматичного спостереження

Актуальність проблеми інсульту зумовлена його високим поширенням, складністю лікування і тяжкими наслідками захворювання. Для вивчення стану надання медичної допомоги хворим на інсульт у місті Києві у період 1 червня–31 грудня 2016 р. організовано проведення прагматичного спостереження. **Мета** — вивчення факторів ризику, структури та наслідків гострого періоду інсульту у місті Києві. **Об'єкт і методи дослідження.** Проведено обстеження 1575 хворих на інсульт у гострий період; до подальшого аналізу включено дані 1542 хворих (з них 42,6% чоловіків) віком 26–100 років (середній вік — 70,5±10,7 року), які госпіталізовані у вищезазначений період до неврологічних відділень міста Києва. **Результати.** Встановлено, що у 1102 (71,5%) обстежених інсульт виник вперше в житті. Переважали пацієнти віком ≥60 років (84,1%). Ішемічний характер інсульту діагностовано у 1328 (86,1%), геморагічний — у 121 (7,8%), змішаний характер інсульту або геморагічну трансформацію ділянки інфаркту мозку — у 36 (2,3%), неуточнений характер інсульту — у 57 (3,7%) хворих. Найбільш вагомим фактором судинного ризику була артеріальна гіпертензія, наявна у 1465 (95%) пацієнтів. **Висновки.** З урахуванням високого поширення серцевої патології у хворих на інсульт більшу увагу слід приділяти профілактичним заходам, що мають бути спрямовані на лікування первинного ураження серцево-судинної системи та просвітницьку роботу серед населення. В Україні нагальним є створення реєстру хворих на інсульт.

**Ключові слова:** ішемічний інсульт, геморагічний інсульт, епідеміологія, фактори ризику, наслідки.

За даними офіційної статистики Київського міського науково-інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та Головного управління статистики в місті Києві, в 2016 р. у місті Києві зареєстровано 207 363 хворих із патологією нервової системи (на 3389 більше, ніж у 2015 р.), що становило 7% населення. Поширеність неврологічних захворювань у 2016 р. сягала 893,27 випадка на 10 тис. населення, захворюваність — 220,88 випадка на 10 тис. населення. Порівняно з попереднім роком у 2016 р. поширеність неврологічних захворювань зросла на 1,95, а захворюваність — на 6,7 випадка на 10 тис. населення.

Найбільшу частку серед усіх нервових хвороб становить клас цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) — 71,3%. У 2016 р. ЦВЗ діагностовано у 147 849 осіб, серед яких первинні випадки — 19 259. Порівняння показників попередніх років виявило незначне зменшення кількості хворих із судинними ураженнями головного мозку у місті Києві (рисунки). Поширеність ЦВЗ порівняно з минулим роком знизилася на 0,69, а захворюваність підвищилася на 1,43 і досягла 82,96 випадка на 10 тис. населення.

Серед ЦВЗ особливе місце займає інсульт. В останні роки спостерігалася тенденція до збільшення кількості випадків інсульту (див. рисунок). Впродовж 2016 р. у комунальних закладах міста Києва

отримали лікування 7185 пацієнтів із гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК), з них вперше виявлених — 5829 випадків: 5079 осіб із інсультом, 750 — із транзиторною ішемічною атакою (ТІА). Порівняно з минулим роком спостерігається деяке зменшення кількості інсультів (на 175 випадків), але кількість ТІА збільшилася на 90 випадків. Захворюваність на інсульт у 2016 р. становила 21,88 на 10 тис. населення, що на 3,35 менше, ніж у 2015 р.

Серед виявлених інсультів ішемічних було 6597, неуточнених — 28, геморагічних — 560 випадків. Для порівняння у 2015 р. ці показники були такими: із загальної кількості 7730 інсультів — 6752 ішемічних, 47 неуточнених і 931 геморагічний (Прокопів М.М., 2016).

Зазначимо, що інсульт — це не локальний церебральний процес, а системна патологія серцево-судинної системи з ураженням головного мозку, порушенням коронарного і периферичного кровообігу, які залежать один від одного. Жоден із варіантів ГПМК чи повільного порушення мозкового кровообігу не виникає у здорової людини, він є ускладненням захворювань, що вже існують. Тому питання профілактики, ранньої та своєчасної діагностики цих патологій є основою збереження здоров'я населення. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у 2014 р. висунула 9 глобальних цілей боротьби з інсультом, що спрямовані на боротьбу з артеріальною гіпертензією,

зловживанням алкоголю, надмірним вживанням кухонної солі з їжею, тютюнопалінням, ожирінням, гіподинамією, стресом; передбачала доступ всього населення до діагностики і лікування серцево-судинних захворювань. Водночас наразі ми не маємо офіційних статистичних даних щодо всіх демографічних та кардіоваскулярних чинників розвитку інсульту у місті Києві, які дозволили б підсилити профілактичну роботу серед населення.

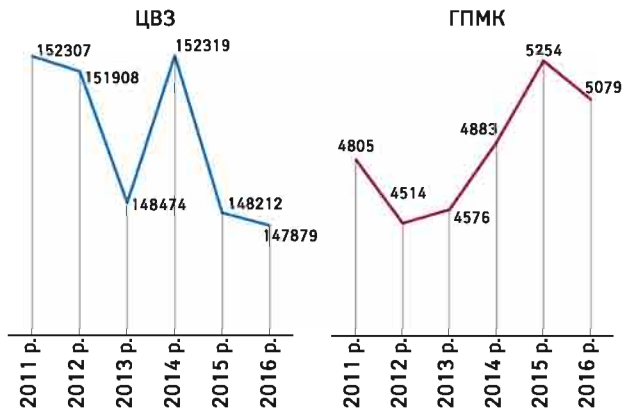


Рисунок. Динаміка поширеності ЦВЗ та ГПМК у місті Києві в період 2011–2016 рр.

Проблема інсульту полягає не лише у високій захворюваності, але й у його наслідках. Так, в Україні реєструють понад 37% випадків смерті від інсульту, близько 22% осіб після інсульту стають інвалідами та лише 10–20% повертаються до праці після перенесеного захворювання (Ревенко І.Л., 2010). У місті Києві у 2016 р. летальність від ішемічного інсульту становила 15,70%, геморагічного — 39,74%. При цьому за останні роки в разі ішемічного інсульту летальність прогресивно знижується (у 2015 р. — 15,80%, у 2014 р. — 15,95%), а при геморагічному — утримується на досить високому рівні (у 2015 р. — 37,56%, у 2014 р. — 41,52%) (Прокопів М.М., 2016). Ці дані підкреслюють не лише медичну, а й соціальну та економічну значимість цієї патології. Наслідки інсульту покладають особливі обов'язки на членів родин хворих та лягають важким соціально-економічним тягарем на суспільство. Разом з тим статистичні дані не демонструють реального стану пацієнта після лікування: тяжкість його стану, функціональну спроможність, ступінь інвалідизації.

Для вирішення цих питань із метою покращення якості надання допомоги хворим у місті Києві під егідою Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації організовано проведення прагматичного спостереження хворих на інсульт.

Мета дослідження — вивчення факторів ризику, структури та наслідків гострого періоду інсульту в місті Києві.

### Об'єкт і методи дослідження

Дослідження проведено на базі неврологічних відділень та відділень цереброваскулярної патології лікарень міста Києва: КМКЛ № 1, № 3, № 4, № 5, № 6, № 7, № 8, № 9, № 11, № 12, № 15, № 18 та Олександрівської клінічної лікарні. Вивчали всі випадки інсульту у хворих, госпіталізованих у зазначені відділення в період 1 червня–31 грудня 2016 р. Використовували спеціально розроблену Реєстраційну карту випадку інсульту для прагматичного спостереження, яку заповнював лікар на основі даних анамнезу, медичної документації та результатів огляду хворого. У карту вносили дані демографічних показників, судинних факторів ризику, інформацію щодо наявності супутньої патології, терміни й обставини госпіталізації пацієнтів, виконання Уніфікованого клінічного протоколу надання допомоги (обсяг обстежень, лікувальні та профілактичні заходи) (Міністерство охорони здоров'я України, 2012а; б; 2014).

Проведено аналіз 1575 Реєстраційних карток випадків гострого мозкового інсульту. У 33 (2,1%) картках були відсутні дані демографічних показників обстежених пацієнтів (вік і/або стать). До подальшого аналізу включено дані 1542 хворих віком 26–100 років (середній вік — 70,5±10,7 року), серед яких 657 (42,6%) чоловіків та 885 (57,4%) жінок. Діагноз інсульту встановлювали згідно з критеріями ВООЗ на підставі детального неврологічного огляду і/або результатів нейровізуалізації — комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії головного мозку. Загалом нейровізуаліза-

цію проведено у 1251 (81,1%) пацієнта. Під час аналізу розподілу пацієнтів за віком згідно з критеріями ВООЗ встановлено, що учасниками дослідження стали 20 (1,3%) пацієнтів молодого віку (<45 років), 219 (14,2%) середнього (45–59 років), 669 (43,4%) похилого (60–74 роки), 604 (39,2%) старечого віку (75–89 років) та 30 (1,9%) довгожителів (≥90 років). У групі хворих молодого та середнього віку чоловіків було більше у 1,7 раза, натомість серед обстежених пацієнтів похилого та старечого віку переважали жінки, але тенденція виявилася статистично незначущою ( $p>0,05$ ) (табл. 1).

Серед факторів ризику інсульту вивчали кардіологічну патологію, порушення вуглеводного та ліпідного обміну, тютюнопаління, наявність стресів. Пацієнти з виявленою серцевою патологією були консультовані кардіологом. Діагноз захворювання серця (інфаркт міокарда, фібриляція передсердь, ішемічна хвороба серця тощо) вважали уточненим, якщо запис про нього був наявний у висновку кардіолога в історії стаціонарного хворого. Стадію та ступінь артеріальної гіпертензії визначали згідно із сучасною адаптованою клінічною настановою (Міністерство охорони здоров'я України, 2012а).

Первинна база даних сформована за допомогою програми «Microsoft Excel 2010». Статистичний аналіз даних проводили на Intel-сумісному персональному комп'ютері з використанням програм «SPSS 21.0». Оцінку нормальності розподілу проводили за допомогою методу Шапіро—Уїлка. Кількісні ознаки, які мали нормальний розподіл, описували середніми значеннями (M) і середньоквадратичними відхиленнями (SD). Для аналізу якісних параметрів використовували частотні характеристики. Для порівняння якісних ознак використовували критерій  $\chi^2$ . Оцінку статистичної значущості результатів визначали з граничним ризиком похибки не вище 5% ( $p<0,05$ ).

### Результати та їх обговорення

Серед пацієнтів, залучених у дослідження, у групах хворих молодого та середнього віку чоловіків було більше в 1,7 раза, натомість у групах пацієнтів похилого та старечого віку переважали жінки, тенденція статистично незначуща ( $p>0,05$ ;  $\chi^2$ ) (див. табл. 1).

Таблиця 1. Характеристика пацієнтів за віком і статтю

Вік хворих	Середні значення, років (M±SD)	Стать	
		Чоловіки, n	Жінки, n
Молодий	38,2±5,6	15	5
Середній	54,7±3,8	136	83
Похилий	67,2±4,1	315	354
Старечий	80,0±4,0	186	418
Довгожителі	92,5±2,9	5	25
<b>Усього</b>	<b>70,5±10,7</b>	<b>657</b>	<b>885</b>

У 1102 (71,5%) пацієнтів віком 26–100 років (середній вік — 70,3±10,8 року) інсульт діагностовано вперше у житті. Повторний інсульт реєстрували у пацієнтів віком 43–95 років (середній вік — 71,7±10,0 року). Ішемічний характер інсульту виявлено у 1328 (86,1%) хворих, геморагічний — у 121 (7,8%), змішаний характер інсульту (наявність ішемічного та геморагічного осередку інсульту одночасно) — у 17 (1,1%), геморагічну трансформацію ділянки інфаркту мозку — у 19 (1,2%), неуточнений характер інсульту — у 57 (3,7%) хворих. Аналіз структури інсульту у пацієнтів різної статі показав, що його ішемічний характер діагностовано у 572 (37,1% загальної кількості учасників) чоловіків та 756 (49%) жінок, геморагічний — у 51 (3,3%) чоловіка та у 70 (4,5%) жінок, змішаний — у 5 (0,3%) чоловіків та у 12 (0,8%) жінок, геморагічну трансформацію осередку ішемії — у 7 (0,5%) чоловіків та у 12 (0,8%) жінок. Неуточненим характер інсульту залишилися у 22 (1,4%) чоловіків та 35 (2,3%) жінок.

Встановлено, що частка ішемічного інсульту переважала в усіх вікових групах — як у чоловіків, так і у жінок (табл. 2). Незначна поширеність геморагічного інсульту серед пацієнтів молодого та середнього віку в нашому дослідженні пов'язана з тим, що переважна їх більшість госпіталізовані до нейрохірургічних відділень. Як видно з табл. 2, частка хворих на геморагічний інсульт була максимальною серед чоловіків похилого віку — 31 (9,8%) пацієнт і зменшувалася у осіб старечого віку, натомість у жінок середнього, похилого старечого віку і довгожителів частка геморагічного інсульту утримувалася на одному рівні — 7,6–8,4%. Випадки змішаного інсульту або геморагічної трансформації вогнища інфаркту реєстрували переважно у пацієнтів похилого та старечого віку обох статей.

Найбільш вагомим фактором судинного ризику була артеріальна гіпертензія в анамнезі у 1465 (95%) пацієнтів (табл. 3). Серед інших факторів ризику інсульту виявлено порушення ліпідного об-

**Таблиця 2.** Структура інсульту залежно від віку і статі, n (%)

Вид інсульту	Стать	Вік хворих				
		молодий (n=20)	середній (n=219)	похилий (n=669)	старечий (n=604)	довгожителі (n=30)
Ішемічний	Ч	12 (80) (n=15)	123 (90,4) (n=136)	269 (85,4) (n=315)	163 (87,6) (n=186)	5 (100) (n=5)
	Ж	3 (60) (n=5)	72 (86,8) (n=83)	304 (85,9) (n=354)	357 (85,4) (n=418)	20 (80) (n=25)
Геморагічний	Ч	2 (13,3) (n=15)	8 (5,9) (n=136)	31 (9,8) (n=315)	10 (5,4) (n=186)	–
	Ж	1 (20) (n=5)	7 (8,4) (n=83)	27 (7,6) (n=354)	33 (7,9) (n=418)	2 (8) (n=25)
Змішаний	Ч	1 (6,6) (n=15)	–	2 (0,6) (n=315)	2 (1,1) (n=186)	–
	Ж	–	–	5 (1,4) (n=354)	7 (1,7) (n=418)	–
Геморагічна трансформація інфаркту мозку	Ч	–	1 (0,7) (n=136)	1 (0,3) (n=315)	5 (2,7) (n=186)	–
	Ж	–	–	7 (2) (n=354)	4 (1) (n=418)	1 (4) (n=25)
Неуточнений	Ч	–	4 (2,9) (n=136)	12 (3,8) (n=315)	6 (3,2) (n=186)	–
	Ж	1 (20) (n=5)	4 (4,8) (n=83)	11 (3,1) (n=354)	17 (4,1) (n=418)	2 (8) (n=25)

міну — у 463 (30%) хворих, фібриляцію передсердь — у 451 (29,2%), цукровий діабет — у 368 (23,9%), тютюнопаління — у 199 (12,9%), інфаркт міокарда в анамнезі — у 140 (9,1%), хронічний або гострий стрес напередодні інсульту — у 138 (9%) пацієнтів.

На артеріальну гіпертензію хворіли однаково часто пацієнти обох статей в усіх вікових групах (див. **табл. 3**). Відзначимо, що антигіпертензивні препарати отримували лише 38% з учасників дослідження. Прихильність до лікування розрізнялася у хворих різних вікових груп. Так, серед пацієнтів молодого віку антигіпертензивні препарати приймали 6 (40%) чоловіків та 1 (20%) жінка. У групі хворих середнього віку антигіпертензивну терапію отримували 49 (36%) чоловіків та 39 (47%) жінок, похилого віку — 109 (34,6%) чоловіків та 138 (39%) жінок, старечого віку — 67 (36%) чоловіків та 172 (41,2%) жінки, у групі довгожителів — 1 (20%) чоловік та 11 (44%) жінок.

Інфаркт міокарда в анамнезі значуще частіше виявляли у чоловіків середнього та старечого віку порівняно з жінками цих вікових груп ( $p < 0,01$ ). Частка ішемічної хвороби серця поступово зростала з віком як у чоловіків, так і у жінок, але ця різниця показників виявлялася статистично незначущою ( $p > 0,05$ ) (див. **табл. 3**).

Як видно з **табл. 3**, фібриляцію передсердь значуще частіше виявляли у жінок похилого віку порівняно з чоловіками цієї вікової групи ( $p = 0,02$ ), надалі частота цієї патології поступово зростала у хворих обох статей, але різниця показників є статистично незначущою ( $p > 0,05$ ). Цукровий діабет та дисліпопротеїнемію діагностували однаково часто як у чоловіків, так і у жінок в усіх вікових групах, за винятком пацієнтів молодого віку та довгожителів, серед яких були зареєстровані поодинокі випадки. Тютюнопаління було поширене серед чоловіків усіх вікових груп, порівняно з жінками різниця показників статистично значуща ( $p < 0,01$ ). Частка осіб, які палять, з віком поступово зменшувалася, серед обстежених нами довгожителів таких взагалі не було. Вплив гострого чи хронічного стресу напередодні інсульту найчастіше відзначали пацієнти середнього віку, переважно чоловіки ( $p < 0,05$ ), з віком вплив стресових чинників також знижувався (див. **табл. 3**).

Результати аналізу наслідків гострого періоду інсульту свідчать про 127 (8,2%) летальних випадків; серед чоловіків — 50 (7,6%), серед жінок — 77 (8,7%) випадків. Летальність у пацієнтів з різними типами інсульту наведена у **табл. 4**. Частота настання летального наслідку в гострий період інсульту в чоловіків та жінок значуще не відрізнялася ( $p > 0,05$ ). У проведеному нами дослідженні серед хворих віком  $< 45$  років летальних наслідків не було. У гострий період померли 7 (3,2%) хворих середнього віку, 43 (6,4%) — похилого, 69 (11,4%) — старечого віку та 8 (26,7%) довгожителів.

Відзначена тенденція до підвищення частоти летального кінця зі збільшенням кількості факторів судинного ризику та сукупних захворювань статистично незначуща ( $p = 0,06$ ).

## Висновки

Вивчення факторів ризику, структури та наслідку гострого періоду інсульту за даними прагматичного спостереження у місті Києві показало, що частка ішемічного інсульту переважає у пацієн-

**Таблиця 3.** Фактори ризику розвитку інсульту залежно від віку і статі, n (%)

Фактор ризику	Стать	Вік				
		молодий (n=20)	середній (n=219)	похилий (n=669)	старечий (n=604)	довгожителі (n=30)
Артеріальна гіпертензія	Ч	14 (93,3) (n=15)	126 (92,7) (n=136)	304 (96,5) (n=315)	174 (93,6) (n=186)	4 (80) (n=5)
	Ж	4 (80) (n=5)	78 (94) (n=83)	337 (95,2) (n=354)	399 (95,5) (n=418)	25 (100) (n=25)
Інфаркт міокарда	Ч	–	13 (9,6)* (n=136)	32 (10,2) (n=315)	30 (16,1)* (n=186)	–
	Ж	–	1 (1,2)* (n=83)	32 (9) (n=354)	32 (7,7)* (n=418)	–
Вада серця	Ч	1 (6,7) (n=15)	6 (4,4) (n=136)	9 (2,9) (n=315)	10 (5,4) (n=186)	1 (20) (n=5)
	Ж	1 (20) (n=5)	2 (2,4) (n=83)	19 (5,4) (n=354)	20 (4,8) (n=418)	–
Фібриляція передсердь	Ч	1 (6,7) (n=15)	16 (11,8) (n=136)	67 (21,3)** (n=315)	70 (37,6) (n=186)	3 (60) (n=5)
	Ж	–	9 (10,8) (n=83)	101 (28,5)** (n=354)	175 (41,9) (n=418)	9 (36) (n=25)
Ішемічна хвороба серця	Ч	2 (13,3) (n=15)	43 (31,6) (n=136)	143 (45,4) (n=315)	132 (71) (n=186)	5 (100) (n=5)
	Ж	1 (20) (n=5)	19 (23) (n=83)	181 (51,1) (n=354)	279 (66,8) (n=418)	18 (72) (n=25)
Цукровий діабет	Ч	2 (13,3) (n=15)	35 (25,7) (n=136)	75 (23,8) (n=315)	39 (21) (n=186)	–
	Ж	–	19 (23) (n=83)	103 (29,1) (n=354)	92 (22) (n=418)	3 (12) (n=25)
Тютюнопаління	Ч	5 (33,3) (n=15)	53 (39)* (n=136)	80 (25,4)* (n=315)	33 (17,7)* (n=186)	–
	Ж	–	5 (6)* (n=83)	19 (5,4)* (n=354)	4 (1)* (n=418)	–
Гострий чи хронічний стрес	Ч	1 (6,6) (n=15)	27 (20)* (n=136)	35 (11,1) (n=315)	13 (7) (n=186)	–
	Ж	1 (20) (n=5)	8 (9,6)* (n=83)	32 (9) (n=354)	20 (4,8) (n=418)	1 (4) (n=25)
Дисліпопротеїнемія	Ч	3 (20) (n=15)	51 (37,5) (n=136)	103 (32,7) (n=315)	51 (27,4) (n=186)	–
	Ж	–	26 (31,3) (n=83)	111 (31,4) (n=354)	114 (27,3) (n=418)	4 (16) (n=25)
Ожиріння	Ч	–	8 (5,9) (n=136)	5 (1,6) (n=315)	1 (0,5) (n=186)	–
	Ж	–	–	14 (4%) (n=354)	6 (1,4%) (n=418)	–
Зловживання алкоголем	Ч	–	6 (4,4) (n=136)	4 (1,3) (n=315)	2 (1,1) (n=186)	–
	Ж	1 (20) (n=5)	1 (1,2) (n=83)	–	1 (0,2) (n=418)	–
Дисциркуляторна енцефалопатія	Ч	2 (13,3) (n=15)	37 (27,2) (n=136)	143 (45,4) (n=315)	131 (70,4) (n=186)	5 (100) (n=5)
	Ж	–	24 (28,9) (n=83)	190 (53,7) (n=354)	308 (73,7) (n=418)	19 (76) (n=25)

\* $p < 0,01$ ; \*\* $p = 0,02$ ; \* $p < 0,05$ .

**Таблиця 4.** Летальність у гострий період інсульту

Вид інсульту	Летальний кінець внаслідок інсульту, n (%)
Ішемічний (n=1328)	98 (7,4)
Геморагічний (n=121)	11 (9,1)
Змішаний (n=17)	4 (23,5)
Геморагічна трансформація інфаркту мозку (n=19)	5 (26,3)
Неуточнений (n=57)	9 (15,8)
<b>Усього (n=1542)</b>	<b>127 (8,2)</b>

ентів усіх вікових груп обох статей і зростає з віком. З урахуванням високої поширеності серцевої патології у хворих на мозковий інсульт більшу увагу слід приділяти профілактичним заходам, що мають бути спрямовані на лікування первинного ураження серцево-судинної системи та просвітницьку роботу серед населення. В Україні наразі нагальна проблема зі створення реєстру хворих на інсульт та відкриття судинних (нейросудинних) центрів.

## Список використаної літератури

- Міністерство охорони здоров'я України (2012a) Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Додаток до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».
- Міністерство охорони здоров'я України (2012b) Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна

(спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація). Додаток до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012 р. № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті».

**Міністерство охорони здоров'я України** (2014) Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)». Додаток до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 17.04.2014 р. № 275 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при геморагічному інсульті».

**Прокопів М.М.** (2016) Аналіз роботи неврологічної служби дорослої мережі м. Києва за 2015 р. Укр. неврол. журн., 1: 98–101.

**Ревенко І.Л.** (2010) Епідеміологія інсульту в Україні. Запоріж. мед. журн., 3(12): 42–47.

## Факторы риска, структура и исходы острого периода мозгового инсульта в городе Киеве по результатам прагматического наблюдения

**М.М. Прокопів, С.В. Рогоза, Л.Н. Трелет, Л.А. Вакулєнко, І.Б. Ярошук, Т.В. Скрипова, С.Р. Пелешок, Е.А. Поляков, В.С. Трейтєк, В.Г. Колєрова, Л.В. Дубинина, С.С. Кошарская, В.В. Яворский, В.Г. Несукай, М.М. Рябиченко, А.Я. Телєнгатор, С.А. Яремєва, Л.Н. Дупляк, Т.А. Стасула**

**Резюме.** Актуальность инсульта обусловлена его высокой распространенностью, сложностью лечения и тяжелыми исходами заболевания. Для изучения состояния оказания медицинской помощи пациентам с инсультом в городе Киеве в период 1 июня–31 декабря 2016 г. организовано проведение прагматического наблюдения. **Цель** — изучение факторов риска, структуры и исходов острого периода инсульта в городе Киеве. **Объект и методы.** Обследованы 1575 пациентов с инсультом в острый период; в дальнейший анализ включены данные 1542 больных (из них 42,6% мужчин) в возрасте 26–100 лет (средний возраст — 70,5±10,7 года), которые госпитализированы в вышеуказанный период в неврологические отделения города Киева. **Результаты.** Установлено, что у 1102 (71,5%) обследованных инсульт развился впервые в жизни. Преобладали пациенты в возрасте ≥60 лет (84,1%). Ишемический характер инсульта установлен у 1238 (86,1%), геморрагический — у 121 (7,8%), смешанный характер инсульта или геморрагическая трансформация очага инфаркта мозга — у 36 (2,3%), неуточненный характер инсульта — у 57 (3,7%) больных. Наиболее весомым фактором сосудистого риска была артериальная гипертензия, имеющаяся в анамнезе у 1465 (95%) пациентов. **Выводы.** С учетом высокой распространенности сердечной патологии у больных инсультом следует уделять

больше внимания профилактическим мерам, которые должны быть направлены на лечение первичного поражения сердечно-сосудистой системы и просветительскую работу среди населения. В Украине назрела насущная проблема создания регистра больных инсультом.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, геморрагический инсульт, эпидемиология, факторы риска, исходы.

## The risk factors, structure and short-term outcomes of cerebral stroke in the city of Kyiv (based on pragmatic observation)

**M.M. Prokopliv, S.V. Rogoza, L.M. Trepet, L.O. Vakulenko, I.B. Jaroschuk, T.V. Skrypova, S.R. Peleshok, E.O. Poljakov, V.S. Trejtjak, V.G. Kolerova, L.V. Dublinina, S.S. Kosharska, V.V. Javorskij, V.G. Nesukaj, M.M. Ryabichenko, O.Y. Telengator, S.O. Jareмова, L.M. Dupljak, T.O. Stasula**

**Summary.** The urgency of stroke is associated with high prevalence, complexity of treatment and severe consequences of the disease. A pragmatic observation was performed from June 1 to December 31, 2016 to study the state of medical care in patients with stroke in the city of Kyiv. **Material and methods.** 1.575 patients in acute period of stroke were examined. The further analysis included data of 1542 patients (42.6% of men) aged 26–100 years (average age 70.5±10.7 years) who were hospitalized from June 1 to December 31, 2016 to neurological departments in the city of Kyiv. **Results.** In 71.5% of the examined patients, stroke occurred for the first time in their life. Patients aged ≥60 years were dominated (84.1%). Ischemic stroke was diagnosed in 1238 (86.1%), haemorrhagic — in 121 (7.8%), mixed stroke or haemorrhagic transformation of the cerebral infarction area — in 36 (2.3%), stroke of unspecified nature — in 57 (3.7%) patients. The most important factor of vascular risk was arterial hypertension, which was observed in 1465 (95%) patients. **Conclusions.** In order to improve the quality of care for patients with stroke, more attention should be paid to preventive measures against primary pathologies of the cardiovascular system and educational work among the population. In Ukraine, there is an urgent problem to create a modern stroke service (registry of patients).

**Key words:** ischemic stroke, haemorrhagic stroke, epidemiology, risk factors, outcomes.

### Адреса для листування:

Прокопів Марія Мирославівна  
Київ, 01601, бульв. Тараса Шевченка, 13  
Національний медичний університет  
імені О.О. Богомольця,  
кафедра неврології  
E-mail: prokopivm@mail.ru

Одержано 27.02.2017

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### Мигрень повышает риск развития генерализованного тревожного расстройства

Мигрень значительно повышает риск развития генерализованного тревожного расстройства (ГТР) — к такому выводу в ходе нового исследования пришли ученые Университета Торонто (University of Toronto), Канада. Результаты работы и возможные факторы, лежащие в основе выявленной взаимосвязи, опубликованы в журнале «Headache».

Проанализировав состояние 2232 человек с мигренью и 19 270 без нее, ученые пришли к выводу, что ГТР развивается у 6% пациентов с мигренью и у 2,1% людей без нее. Если пациент заявлял о том, что у него нет близкого человека, с которым он мог бы поделиться переживаниями, риск развития ГТР был в 5 раз выше. Важную роль в формировании выявленной взаимосвязи играли и другие социальные факторы, обуславливающие психическое благополучие и последствия переживания хронической боли.

Отмечено, что у мужчин с мигренью риск развития ГТР практически в 2 раза выше, чем у женщин. Этот вывод оказался неожиданным, поскольку в общей популяции повышенный уровень тревожности чаще отмечают у женщин. Ученые предположили, что мигрень у женщин чаще носит более компенсированный характер,

поскольку они ответственнее относятся к необходимости применения лекарственных препаратов для устранения патологии.

Автор работы доктор Эсме Фуллер Томсон (Esme Fuller-Thomson) отметил, что в ходе предыдущих работ ученые предположили, что взаимосвязь между мигренью и повышенной тревожностью может объясняться изнуряющей хронической болью и трудностями в выполнении рутинных домашних дел. Такие выводы не являются неожиданными, поскольку головная боль при мигрени имеет непрогнозируемый и неуправляемый характер. Ученые полагают, что полученные в данной работе результаты интересны специалистам, занимающимся лечением пациентов с психическими расстройствами, включая ГТР, у лиц с мигренью. Особое внимание они должны уделять мужчинам, испытывающим хроническую боль, мешающую выполнению ежедневных дел.

**Fuller-Thomson E., Jayanthikumar J., Agbeyaka S.K.** (2017) Untangling the Association Between Migraine, Pain, and Anxiety: Examining Migraine and Generalized Anxiety Disorders in a Canadian Population Based Study. *Headache*, 57(3): 375–390.

**University of Toronto** (2017) Adults with migraines have triple the prevalence of generalized anxiety disorder. *ScienceDaily*, March 29 (<https://www.sciencedaily.com/releases/2017/03/170329122627.htm>).

Юлія Котикович