

# Інсульт. Нечесні перегони: біжимо від нього щосили, а він — у лідерах



1–3 листопада 2018 р. в Києві відбувся IV Національний конгрес «Інсульт та судинно-мозкові захворювання» — головна подія року української інсультології, організована Громадською організацією (ГО) «Українська асоціація боротьби з інсультом» (УАБІ).

Урочисто відкриваючи захід, президент ГО «УАБІ», професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук (НАМН) України **Микола Поліщук** оголосив звернення до його учасників від Президента України Петра Порошенка. Він привітав лікарів із відкриттям Конгресу, побажав плідної роботи та висловив віру в потенціал української медицини й успішність розпочатої в країні реформи системи охорони здоров'я.

Всесвітній день боротьби з інсультом, 29 жовтня, вперше проголошений Всесвітньою організацією боротьби з інсультом (World Stroke Organization — WSO) у 2006 р., і того ж року УАБІ ініціювала проведення цього дня в Україні. Відтоді щороку 29 жовтня по всіх регіонах країни проводиться багато заходів, які мають на меті привернути увагу громадськості до проблем інсульту.

## «Впізнай інсульт!»

Цьогоріч найбільшого розголосу отримала інформаційна кампанія «Впізнай інсульт», що проходила зокрема у Києві. Під час акції пасажери столичної станції метро «Золоті ворота» мали змогу побачити освітню креативну постановку, де актори в образах пам'ятників Тарасові Шевченку, Лесі Українці та Григорію Сковороді навчали розпізнавати перші ознаки інсульту. Крім того, інформацію про перші ознаки інсульту було розміщено на метролайтах уздовж ескалаторів.

Наукові заходи IV Національного конгресу «Інсульт та судинно-мозкові захворювання», про який піде мова, перш за все, спрямовані на те, аби стати джерелом сучасної інформації про найефективніші підходи до профілактики та лікування інсульту, що сприятиме підвищенню якості медичної допомоги пацієнтам з інсультом в Україні та зменшенню його медико-соціальних наслідків.

## Пре-конгрес

Насправді робота Конгресу розпочалася ще до його офіційного відкриття. Зокрема, напередодні відбулася «Європейська школа медсестринства» — це велика європейська ініціатива, підтримана УАБІ. Проект направлений на відпрацювання стандартів надання допомоги пацієнтам з інсультом для середнього медичного персоналу. Клінічні дослідження свідчать про велику роль медичних сестер в одужанні пацієнтів з інсультом. Питання менеджменту пролежнів, оцінювання ризиків падіння пацієнтів, скринінг на порушене ковтання — це належна сестринська практика для лікування інсультного пацієнта. На жаль, в Україні з цим великі проблеми, а деякі фахівці досі обробляють пролежні камфорним спиртом — тим самим провокуючи виникнення інших пролежнів. Отже, в рамках Школи у форматі практикумів з розбором клінічних випадків розглянуто стандарти сестринського процесу надання медичної допомоги тяжкохворим пацієнтам, такі як алгоритм використання сучасних засобів профілактики пролежнів; догляд за ротовою порожниною як метод профілактики інфекційних ускладнень, годування пацієнтів із порушенням ковтання і ще багато аспектів, з якими медична сестра щодня стикається у своїй роботі.

Крім цього, 31 жовтня у Медичному центрі (МЦ) «Універсальна клініка «Оберіг» пройшли спеціалізовані навчальні курси для лікарів різних спеціалізацій. Учасники курсів отримали чимало корисної інформації щодо гострого вестибулярного синдрому. Цю тему в своїй доповіді висвітлював **Максим Світухо**, лікар-отоларинголог/отоневролог Державної установи «Інститут невідкладної і відновної хірургії імені В.К. Гусака НАМН України»; багато практичних аспектів щодо основ інтерпретації магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) та МСКТ-ангіографії головного мозку

висвітлювала у своїй лекції **Ганна Костюковська**, кандидат медичних наук, доцент кафедри променевої діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти, а **Анатолій Омеляненко**, кандидат медичних наук, дитячий невролог МЦ «Універсальна клініка «Оберіг», представив курс, присвячений електроенцефалографії.

Отже, активна робота вирувала не лише під час самого Конгресу. Не припинилася вона і по його завершенні, бо продовжують свою освітню діяльність школи для спеціалістів, проводяться інтенсиви для лікарів, які проходять по всіх регіонах України, а там до цього процесу залучається ще більше коло фахівців. Тож сподіваємося, що цю наполегливу працю буде винагороджено успішними результатами, в яких зацікавлені усі ми, без винятку.

## М. Поліщук: «Ми відкриті до подальшого розширення співпраці»

У своїй вступній промові **М. Поліщук** ознайомив присутніх із діяльністю УАБІ, найближчими планами асоціації, у тому числі анонсував події, заплановані в рамках роботи цьогорічного Конгресу.

Президент ГО «УАБІ», зокрема, повідомив, що навесні цього року представники асоціації були запрошені до Брюсселя для участі в роботі спеціальної сесії Європарламенту, присвяченій прийняттю і впровадженню плану дій для подолання інсульту в Європі. У червні 2018 р. члени УАБІ разом із представниками нещодавно створеної за участю асоціації ГО «Українці проти інсульту» за підтримки лідерів думок світової інсультології професорів **Натана Борнштейна**, віце-президента Світової організації інсульту, та **Андрія Демчака**, директора Інсультної програми, Калгарі (Канада), зустрілися з в.о. міністра охорони здоров'я України і представили план спільних дій для подолання інсульту в Україні: «Ми очікуємо реакцію міністерства та плідної співпраці в цьому напрямку», — повідомив М. Поліщук. Він також нагадав, що у 2016 р. УАБІ ініціювала програму підготовки медичних сестер інсультних відділень. Учасниками різних заходів у рамках цієї програми стала величезна кількість людей, адже часто організовувалися онлайн-трансляції, тож фактична аудиторія дуже велика, а отже, це досить успішний проєкт і головне — він продовжує розвиватися. Наразі програма вийшла на новий рівень — наші представники були запрошені до Тбілісі для проведення Школи медсестер під час Національного конгресу в Грузії.

«Значну частину своїх зусиль УАБІ спрямовує на роботу з пацієнтами та населенням, натомість, спроби створити соціальну організацію поки що не досягали успіху», — нарікає доповідач. Але дорого долає той, хто йде, і зрештою вдалося втілити і цю мету — нещодавно створено нову ГО «Українці проти інсульту». Люди, які подолали тяжку недугу, висловили бажання допомогти іншим. Засідання цієї організації також відбулося в рамках Конгресу, тож лікарі матимуть змогу передати інформацію, яка там прозвучала, своїм пацієнтам і залучити їх до цього руху. Адже разом набагато простіше подолати будь-які перешкоди.

Інсульт — проблема, яка потребує уваги лікарів різних спеціальностей та багатьох інших фахівців — реабілітологів, психологів, соціальних працівників тощо. Дуже важливо, щоби їхня діяльність була узгоджена та скоординована, наголосив М. Поліщук. Тому цього року УАБІ запросила до співпраці у цьому напрямку всі зацікавлені сторони. Відрадно, що більшість українських професійних асоціацій відгукнулися на цю пропозицію не зволікаючи. Приєдналося також і Товариство Червоного Хреста України, яке здійснює свою діяльність за багатьма напрямками — це і навчання першій допомозі, патронажна служба, психосоціальна підтримка, гуманітарна допомога та ін.

### Вагоме доповнення до наукової програми

Окрім традиційних пленарних і секційних засідань, сателітних симпозіумів, до програми цього масштабного професійного форуму увійшло ще чимало важливих заходів. Усі вони, безумовно, варті уваги, але деякі хочеться відзначити особливо. Серед них Школа профілактики інсульту для сімейних лікарів, яка пройшла під гаслом: «Інсульт можна запобігти: тримаємо артеріальний тиск під контролем». Модераторами Школи виступили **Олександр Більченко**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапії, нефрології та загальної практики — сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти, та **Юрій Фломін**, МЦ «Універсальна клініка «Оберіг», член керівного комітету ESO-EAST в Україні.

Учасники Конгресу відзначили також засідання, яке відбулося за участю пацієнтів, які перенесли інсульт, і їх родин. Дійсно цікавий досвід, адже це було спілкування між всіма «залученими сторонами», кожна з яких окремо і всі разом прагнуть одного — одуження і відновлення пацієнта після інсульту. Тим більше цінно, що своїм досвідом ділилися і модератори цього заходу, які були активними учасниками розмови — професор **М. Поліщук**, **Дмитро Гуляєв**, кандидат медичних наук, керівник проєктів УАБІ, лікарі **Франческа Романа Піццелла** (Італія) та **Адам Зігер** (Польща).

Активний інтерес лікарів викликав також воркшоп, під час якого розглядалися питання клінічної нутриціології: як уникнути нутритивної недостатності, особливості харчування пацієнтів із порушенням ковтання тощо. У рамках заходу відбувся кулінарний майстер-клас: практична робота з харчовими продуктами для спеціальних медичних цілей.

Чимало учасників Конгресу забажали також взяти участь у відкритому засіданні редакційної колегії журналу «Судинні захворювання головного мозку», який видає УАБІ. Також відбулася післяконгресна сесія «Інсульт для фахівців». Це мультидисциплінарний формат, де взяли участь лікарі та фізичні терапевти. Відновлення пацієнтів після інсульту — командна робота, а команди створюються із однодумців, у чому було легко переконатися під час цієї сесії.

### 5 відповідальних кроків

**Юрій Фломін** вирішив розпочати свою доповідь «5 кроків задля зменшення тягаря інсульту в Україні» з приємної новини — оголошення і нагородження переможців конкурсу.

#### Підсумки конкурсу

Навесні 2018 р. УАБІ оголосила конкурс на переклад шкали для запам'ятовування перших ознак інсульту FAST (Face-Arm-Speech-Time) українською мовою. Необхідність цього перекладу важко переоцінити, адже якщо вчасно не розпізнати інсульт і виконати необхідних дій, пацієнт не отримає належного лікування.

Надійшло понад 20 різних варіантів перекладу. Протягом жовтня нинішнього року на сторінці УАБІ тривало голосування за найкращий з них. Найбільшу підтримку отримали три варіанти:

1. МОЗОК — час! (М — мовлення, О — очі, З — запаморочення, О — обличчя, К — кінцівки. Час діяти!);
2. МАРШ (М — мова, А — асиметрія (обличчя), Р — рука (слабка), Ш — швидка (103));
3. ШТУРМ (Ш — швидко, Т — телефонуй лікарю, коли У — усмішка асиметрична, Р — рука слабка (з одного боку), М — мова порушена).

Отже, вибрати потрібно було тільки один, що непросто, тому вирішили, що призерами стануть відразу три варіанти. Тож за остаточними результатами голосування:

- на третьому місці — **Олеся Данилюк**, лікар Центральної міської лікарні № 2, м. Житомир;
- на другому місці — лікар **Варвара Бірюк**, Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя;
- і, нарешті, переможцями визнано лікарів **Дмитра** та **Павла Лебединців** з м. Харкова за варіант «Мозок — час!». Від імені УАБІ переможцям вручили пам'ятну відзнаку імені Володимира Беца — найбільш відомого у світі невролога і нейроанатома, яку було розроблено цього року.

Оратор зазначив, що Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України також підтримало цей варіант перекладу як найбільш змістовний і такий, що найкраще запам'ятовується. Щоправда, без відзнаки, однак визнання — це теж немало, чи не так?

### 5 кроків подалі від інсульту

Тож, привітавши колег з перемогою в конкурсі, Ю. Фломін продовжив свою доповідь щодо дій, спрямованих на подолання інсульту в Україні.

Проблема полягає в тому, що наша країна вже багато років поспіль посідає одне із перших місць у світі за загальною смертністю населення. Зокрема, доповідач навів дані Центрального розвідувального управління США, яке аналізує ці показники і щороку публікує звіт. Так, згідно з цим документом, станом на середину 2017 р. Україна знову увійшла до першої п'ятірки країн із найвищою смертністю. 90% смертей спричинені хронічними неінфекційними захворюваннями, провідне місце серед яких належить серцево-судинним захворюванням (¾ усіх випадків смертей!). Основною серцево-судинною хворобою, яка спричиняє найвищу смертність українців, як і громадян більшості країн світу, — це шемічна хвороба серця (ІХС), і за цим показником Україна посідає друге місце у світі. Вбивцею № 2 є інсульт. Згідно з останніми даними, у нас дуже високі показники — смертність від інсульту становить приблизно 120 випадків на 100 тис. населення.

Згідно з даними світового дослідження тягаря хвороб, станом на 2016 р. ІХС та інсульт разом спричинили 62% смертельних випадків, тобто майже ¾ усіх українців, які померли у 2016 р., померли від цих причин.

Але відомо, що наслідком інсульту може бути не тільки смерть, а й стійкі неврологічні порушення, неврологічний дефіцит, тому інсульт часто є причиною інвалідності з потребою у сторонній допомозі. Якщо врахувати всі ці роки здорового життя, які втратили пацієнти внаслідок передчасної смерті чи набуті інвалідності, що у світовій епідеміології обчислюється показником DALYs, то перше місце в нашій країні посідає знову ІХС (25%), на другому — інсульт (8%) і, відповідно, 67% — інші хвороби.

Питання у тому, чи можна вважати рівноцінними за своїми наслідками, скажімо, інфаркт міокарда та інсульт? Звичайно ж, ні! Адже вплив інсульту дуже часто є значно тяжчим.

Чому така різна статистика?

Нещодавно опубліковано звіт про тягар інсульту в різних країнах Європи, до якого була включена й Україна. Порівнюючи ці дані з тими, що демонструє офіційна статистика МОЗ України (таблиця), доповідач спробував розібратися, у чому причина цих розбіжностей?

Таблиця. Тягар інсульту в Україні (2015)

Burden of Stroke in Europe	Статистика МОЗ України
Захворюваність 195 на 100 000	274 на 100 000
Кількість інсультів 146 000	96 314
Кількість смертей від інсульту 101 000	33 753

Отже, офіційна статистика, імовірно, у 2–3 рази недооцінює кількість випадків і кількість смертей від інсульту. А, головне — наведені статистичні дані наочно демонструють низьку ефективність профілактичних і лікувальних заходів щодо цієї патології, як вважає доповідач. Зокрема, у дослідженні Enterstroke, про яке йшлося, експерти зауважили, що >90% інсультів спричинені 10 факторами ризику, які можна модифікувати:

- артеріальна гіпертензія (артеріальний тиск  $\geq 140/90$  мм рт. ст.);
- тютюнокуріння;
- дисліпідемія;
- високе співвідношення окружності стегон/талії;
- нездорове харчування;
- цукровий діабет або Hb1c  $\geq 6,5\%$ ;
- алкоголь (споживання постійно чи інколи);
- психосоціальні чинники;
- недостатня фізична активність;
- хвороби серця.

Безперечно, на процеси надання допомоги та її результативність впливає структура інсультної служби в нашій країні. Нещодавно опубліковане дослідження, яке свідчить, що частота інсультних блоків — ядро інсультної служби — в нашій країні є однією з найнижчих у Європі. Тромболітична терапія також застосовується вкрай недостатньо порівняно з іншими європейськими країнами. Про це також у своєму виступі говорив професор **Роберт Мікулик** (Чеська Республіка), зауваживши, що, наприклад, в його країні частота тромболізує сягає 30%. Водночас в Україні за минулий рік виконано близько 400 тромболізісів при ішемічному інсульті.

Якщо цю ситуацію не змінити найближчим часом, то одна людина з п'яти серед тих, хто живе нині в Україні, або помре від інсульту, або стане інвалідом внаслідок перенесеного інсульту.



Підсумовуючи вищенаведене, оратор зауважив:

- інсульт — провідна причина смерті та інвалідності населення як в Європі, так і в Україні;
- в Україні бракує інсультних блоків та інсультних центрів, відсутня національна стратегія боротьби з хронічними неінфекційними захворюваннями, національний інсультний реєстр, план дій щодо інсульту. Натомість, існує прірва між тягарем та впливом інсульту і ресурсами, необхідними для ефективної боротьби з ним.

Отже, як резюмував Ю. Фломін, якщо ситуація залишатиметься такою як незадовільною, цілком імовірно, що інсульт скоро стане причиною смерті та інвалідності № 1 в нашій країні.

### Які рішення цієї проблеми пропонуються? Європейський план дій 2018–2030 рр.

Нещодавно був опублікований План дій, запропонований експертами ESO-EAST щодо інсульту в Європі 2018–2030 рр., які належить виконати європейським країнам за цей період. План містить чотири основні положення:

1. Зменшити абсолютну кількість інсультів в Європі на 10%.
2. Лікувати  $\geq 90\%$  пацієнтів з інсультом в інсультному блоці як перший рівень допомоги.
3. Мати національний план дій стосовно інсульту, що охоплює всі ланки ланцюга допомоги — від первинної допомоги до життя після інсульту.
4. Повністю втілити національну стратегію міжгалузевих заходів задля поліпшення громадського здоров'я, зокрема промощі здорового способу життя та зменшення впливу екологічних, соціально-економічних і освітніх чинників, що можуть підвищувати ризик інсульту.

### Український план дій: 5 кроків до мети

Тож чи маємо ми на сьогодні власний план дій? На думку доповідача, задля досягнення поставленої мети необхідно здійснити 5 кроків:

1. Створення робочої групи під егідою МОЗ України, яка буде розробляти та реалізовувати Національний план дій щодо інсульту в Україні на 2020–2030 рр.
2. Створення умови для збору необхідних даних щодо структури, процесів та результатів інсультної допомоги в країні, базуючись переважно (але не виключно, можливі й додаткові інструменти) на реєстрі RES-Q.
3. Створення системи інсультної допомоги і раціональне використання ресурсів, адже на цьому етапі в Україні бракує:
  - близько 120 інсультних блоків;
  - близько 25 інсультних центрів;
  - забезпечення логістики (доправлення пацієнтів, які перебувають у «вікні терапевтичних можливостей», до інсультних блоків та нейровізуалізації).
4. Підготовка фахівців з лікування пацієнтів з інсультом, навчання мультидисциплінарних команд, які мають бути укомплектовані такими спеціалістами: судинні неврологи, інтервенційні спеціалісти, фізичні терапевти, ерготерапевти, логопеди, нейропсихологи.
5. Крос-дисциплінарне співробітництво, об'єднання зусиль МОЗ України, професійних товариств (УАБІ, Українська асоціація неврологів, психіатрів та наркологів, Українська асоціація нейрохірургів, Українська асоціація кардіологів та ін.) і пацієнтських організацій.

Здійснивши ці 5 кроків, можна сподіватися на зменшення тяжкого тягара інсульту в нашій країні.

### Колаборація з європейськими ініціативами

«Приєднання української спільноти до Європейського плану протидії інсульту до 2030 р., беззаперечно, хороша ініціатива, — вважає доповідач **Сергій Московко**, доктор медичних наук, професор, очільник кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, національний координатор «Ініціативи Angels в Україні». — Натомість будь-яке приєднання передбачає певний внесок у вигляді розроблених власних пропозицій, що доповнювали б вже існуючу пропозицію. Але чи існує можливість виконати запропонований європейськими експертами план за наших умов?». Щодо першого пункту плану (зменшення абсолютної кількості

інсультів на 10% до 2030 р.), доповідач упевнений, що це абсолютно можливо і потрібно виконати, але для цього необхідно забезпечити інші пункти плану, такі як створення національного плану дій, включно з документальною базою, клінічними рекомендаціями тощо.

Стосовно повної імплементації національного плану дій, доповідач вважає, що це реалістична перспектива, але за умови забезпечення:

1. **Первинної профілактики:** ті, хто приймає політичні рішення, повинні імплементувати й посилювати національні стратегії для первинної профілактики та контролю за факторами ризику, які можуть бути модифіковані (куріння, вживання алкоголю, надмірне вживання кухонної солі, цукру, забруднення повітря тощо); досягти універсального доступу до первинно-профілактичного лікування та персоніфікованого визначення факторів ризику; впровадити національні стратегії щодо головних факторів ризику; визначити та контролювати артеріальний тиск в осіб із гіпертонією.

2. **Організація інсультного сервісу:** створення системи постійного покращення якості надання допомоги при інсульті, включаючи механізми регулярного моніторингу, огляду та порівняння; створення медичної спільноти для професійної допомоги при інсульті, яка б разом з іншими відповідальними структурами розвивала, імплементувала й аудитувала національний інсультний план; створення єдиної національної настанови щодо інсультної допомоги, яка б охоплювала всі її ланки на засадах доказової медицини, була б зрозумілою та могла б враховувати регіональні особливості для забезпечення рівного доступу, незалежно від регіону, часу доби та соціально-економічного статусу. Допомогу при інсульті мають надавати компетентні фахівці та команди, а їх рекрутування і навчання — невід'ємна частина національного плану: потрібно забезпечити періодичну сертифікацію та еквівалентний процес аудиту всіх інсультних відділень та іншого інсультного сервісу для покращення якості допомоги.

3. **Менеджмент при гострому інсульті:** має бути забезпечений рівний доступ до інсультних центрів, внутрішньовенного тромболізу, ендovasкулярної тромбектомії та інших стратегій гострого інсульту; забезпечити лікування не менше 90% хворих в умовах інсультного центру; гарантувати 80–95% відповідних пацієнтів доступ до реканалізаційної терапії; досягти показника  $>50\%$  пацієнтів, доправлених до спеціалізованого інсультного центру у межах до 4,5 (6) год; знизити середній час «від початку — до голки» до  $<120$  хв для внутрішньовенного тромболізу та час «від початку до реперфузії» до  $<200$  (240) хв — для ендovasкулярного лікування; досягти рівня внутрішньовенного тромболізу  $>12$ –15% та механічної тромбектомії  $>5\%$ ; знизити рівень фатальності в перший місяць геморагічного інсульту до  $<25\%$  та підвищити рівень благополучного виходу з інсульту до  $>50\%$ .

Ключовою умовою функціонування інсультного центру є наявність сучасного комп'ютерного томографа з можливістю виконання цифрової контрастної ангіографії в режимі доступності 24/7. Це чи не єдина суттєва інвестиція Уряду та органів місцевого самоврядування у реалізацію національного плану, як підкреслив доповідач. Забезпечення вільного доступу до тромболітичної терапії (rtPA, Actilise) має бути державною (місцевою) гарантією для загалу пацієнтів.

Водночас в Україні існують унікальні можливості швидкої розбудови мережі ендovasкулярних центрів: економічно значно ефективніше використати можливості існуючої сітки кардіоінтервенційних центрів як всеохоплюючих закладів окремим пацієнтам, аніж створювати специфічні нові; необхідно створити щонайменше 100 первинних інсультних центрів, з використанням 60–80 територіальних центрів ендovasкулярної кардіології.

4. **Вторинна профілактика:** необхідний національний реєстр для фіксації інсульту, головних факторів ризику, що можуть або не можуть бути модифікованими; вторинна профілактика має бути включена до національного плану для подальшого проведення на рівні первинної/комунальної допомоги; забезпечити спостереження спеціалістами з інсульту 90% популяції хворих для виявлення поточних проблем та проведення лікування; необхідно

також забезпечити доступ до ключових модальностей для дослідження (сканування за допомогою КТ або МРТ, електрокардіограма (ЕКГ) та 24-годинне ЕКГ-моніторування, ехокардіографія, лабораторні аналізи (ліпідограма, глікований гемоглобін, коагулотести, аутоантитіла тощо)); забезпечити доступ до ключових профілактичних стратегій: рекомендації щодо способу життя, антигіпертензивні та ліпідознижувальні агенти, антиагреганти й антикоагулянти, пероральні гіпоглікемічні засоби та інсулін, каротидна ендартеректомія та закриття незарощеного овального віконця.

5. **Реабілітація:** щонайменше з потрібного — гарантувати доступ до ранньої реабілітації в умовах інсультного центру 90% популяції хворих; забезпечити всім, хто переніс інсульт та проживає в соціумі, доступ до програм фізичного фітнесу; забезпечити всім, хто переніс інсульт та має залишкові труднощі, документальні плани для соціальної реабілітації та підтримки самостійного обслуговування після виписки; забезпечити для хворих, які перенесли інсульт, і осіб, які доглядають за ними, постійну переоцінку стану їх реабілітації та потреб у період 3 та 6 міс після інсульту і далі — щороку.

6. **Оцінка якості та наслідків:** необхідно створити національну систему оцінки якості надання допомоги при інсульті, відповідну та таку, що відповідає загальноєвропейським критеріям — визначити набір даних, які охоплюють поняття якості надання допомоги при інсульті, що зробить можливим порівняння рівня допомоги між лікарнями, комунальними медичними структурами; призначити відповідальну персону за поліпшення якості надання допомоги при інсульті у кожному регіоні та на рівні держави.

Підсумовуючи свою доповідь, професор С. Московко зазначив, що працювати над втіленням національного плану потрібно вже сьогодні, адже навіть наявні ресурси дають підстави сподіватися на хороший результат. Очевидних перепон для розвитку немає, однак, як наголосив доповідач: «Активність кожного та його внесок у досягнення спільної мети залишаються дотепер у перспективних планах. Планувати, звичайно, потрібно, але для досягнення мети потрібно діяти!», — переконавний С. Московко.

## Реєстр RES-Q: оцінка надання якості інсультної допомоги у стаціонарі за даними, зібраними в Україні

Ці дані оприлюднила і прокоментувала у своєму виступі **Тамара Міщенко**, доктор медичних наук, професор Харківського національного медичного університету імені В.Н. Каразіна, керівник проекту «ESO-EAST в Україні».

«Усі ми, звичайно, апелюємо статистикою, яку надає МОЗ України. Що ми можемо почерпнути з неї? Ми можемо сказати, скільки інсультів сталося за минулий період, зокрема 33% — це випадки інсультів у людей працездатного віку, і скільки серед них жінок і чоловіків. На жаль, інших показників взяти з цієї інформації ми не можемо. Якщо подивитися на статистичні дані, які подаються регіональними експертами, розбіжності даних будуть величезними.

Отже, така неоднорідність показників спонукала організаторів Європейської організації інсульту вжити певних заходів, аби налагодити ці процеси, зокрема, у країнах Східної Європи. Адже такі високі показники захворюваності і смертності, як в Україні, є і в Білорусії, і в Болгарії, і в інших країнах. Тому було запропоновано реєстр RES-Q — проект ESO-EAST, який, зокрема, підтримано в нашій країні. Головна мета проекту полягає у тому, аби сприяти розвитку інсультної служби і таким чином знизити захворюваність на інсульт і пом'якшити його наслідки.

До реєстру RES-Q було включено близько 4000 пацієнтів з різних центрів нашої країни. За даними 2017 р., це 32 центри

і 1009 пацієнтів. Найбільш активно до цієї роботи долучилися Запорізька клінічна лікарня № 6, Чернівецька міська лікарня, Вінницька обласна психо-неврологічна лікарня. Звичайно, за цією кількістю включених до реєстру пацієнтів (4000) непросто скласти загальну картину ситуації щодо якості надання допомоги хворим, але певною мірою можна визначити «слабкі місця», на які потрібно вплинути насамперед.

Зокрема, дані, які вдалося отримати завдяки цьому реєстру, дозволяють зробити такі висновки:

- Необхідне включення до реєстру більшої кількості пацієнтів та центрів.
- Середній вік пацієнтів із мозковим інсультом становив 68 років.
- Тільки 23,5% пацієнтів лікувалися в інсультних центрах.
- Нейровізуалізацію не проведено у 6,7% пацієнтів.
- Оцінка тяжкості хворих за шкалою NIHSS не проведена у 5,2% пацієнтів.
- Тест на дисфагію не проведено у 10,3% пацієнтів.
- Тромболітична терапія проведена лише у 5% пацієнтів.
- Ендovasкулярне лікування проведено тільки у 0,22% пацієнтів.
- Середній бал за шкалою Ренкіна становив 2 бали.
- Реабілітація не проведена у 22,9% пацієнтів.
- Антикоагулянтну терапію призначено лише 34,5% пацієнтам з фібриляцією передсердь.
- Антитромбоцитарна терапія не призначена 1,5% пацієнтів.
- Статинотерапія не призначена 13% пацієнтів.
- Ультразвукову доплерографію судин голови і шиї проведено лише половині пацієнтів, при цьому каротидний стеноз виявлено у 8,5% пацієнтів.
- Каротидна ендартеректомія (ефективна, як відомо, у перші 2 тиж) проведена у 8% пацієнтів із каротидним стенозом, 44% пацієнтам вона була рекомендована у подальшому, а 48% — не рекомендована взагалі.
- Покинули курити всього 13,3% пацієнтів.
- Консультація спеціаліста з цереброваскулярної патології рекомендована і проведена 45,06% пацієнтів, а 43,83% не отримали рекомендації для консультації.
- Середній період перебування у стаціонарі становив 10 діб.
- Із включених у дослідження пацієнтів з інсультом померли 5,55% пацієнтів, переведені до іншого стаціонару — 22,1%, виписалися додому — 71,75%.
- Із переведених у стаціонари: в нейрореабілітацію — 28,5% пацієнтів, у неврологічні відділення — 57,14%, в інші відділення — 14,25%.

Навіть це дослідження не може, як вважає професор Т. Міщенко, продемонструвати чіткої картини реальної ситуації в країні. Потрібно проводити інші дослідження, мати базу даних щодо кожного пацієнта не лише по тих центрах, які показали вищенаведені дані, а й по тих, які поки не долучилися до реєстру RES-Q.

## Коротко резюмуємо

Під час проведення Конгресу учасники отримали багато відповідей на запитання з актуальних тем, які хвилюють сьогодні медичну спільноту як в Україні, так і в інших країнах світу. Ще більше запитань залишилися «відкритими», але не проігноруваними (!), бо їх ще належить розв'язувати, і саме вони склали дорожню карту, якою і нам, і колегам з інших європейських країн належить рухатися найближчими роками, аби зменшити тягар інсульту, гарантувати якісне лікування і повернення до нормального (за можливості) життя кожному пацієнтові, якого заскочила страшна біда — інсульт. Втім, є і хороша новина — ми маємо план! Тож час діяти!

Тетяна Стасенко