

використання, шкали Векслера скорочено до 10 субтестів з 12 (5 вербальних і 5 невербальних субтестів). Рівень уваги досліджували за допомогою таблиць Анфімова. Для вимірювання сили нервових процесів застосовували теплінг-тест.

За результатами дослідження було встановлено, що у дітей і підлітків з захворюваннями щитовидної залози на 56 % була ослаблена увага, на 30 % знижене сприйняття інформації, на 20 % — темп розумової діяльності, на 17 % — процеси тонкої моторики. Насамперед виявлялися ускладнення згадування і відтворення добре відомих раніше імен, цифр. Для запам'ятовування будь-яких даних були необхідними багаторазові повторення, тривале утримання нової інформації частіше було неможливим. Про порушення інтелекту свідчило збіднення суджень та умовиводів з втратою спроможності розуміти в повному обсязі одержані відомості, неспроможність сполучення, аналізу і синтезу інформації, що надходить.

Нами був проведений аналіз низки препаратів ноотропної дії з метою оцінки ефективності їх впливу на різні параметри когнітивних функцій. Виявлено, що на процеси пам'яті сприятливо впливають фенотропіл, пікамилон, Пантакальцин, Танакан; якість уваги підвищується при прийомі фенотропіла, семакса; при порушеннях сприйняття ефективні Пантакальцин, Кавінтон; порушення поведінково-емоційної сфери купіруються прийомом гліцину, фенібуту; мовні розлади коригуються Пантакальцином і аміналоном.

УДК616.831-005.1-008

*Ковальська Л. А., Височанська Т. Г., Кривенко Г. О.,  
Бородій С. О., Вознюк Л. В., Карпенко Н. В., Костенко Т. В.  
Вінницька обласна психоневрологічна лікарня  
ім. акад. О. І. Ющенка (м. Вінниця)*

#### **ВИТРАТИ ЧАСУ НА ЕТАПАХ ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ТРОМБОЛІЗИСУ В УМОВАХ ІНСУЛЬТНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВОПНЛ ім. акад. О. І. ЮЩЕНКА**

Мета: визначити витрати часу на етапах проведення процедури тромболізування відповідно європейських стандартів.

Захворюваність серцево-судинної системи у світі та Україні посідають одне перших місць за розповсюдженістю, смертністю та інвалідністю. Щорічно переносять інсульт близько 16 млн. людей, з них помирають близько 7 млн. Згідно з прогнозами, к 2030 р. захворюваність на інсульт збільшиться на 25 %, що зумовлено старінням населення планети і збільшенням розповсюдження в популяції факторів ризику мозкових інсультів. Третина інсультів виникає у людей працездатного віку.

Інсульт — поширена причина первинної інвалідності, тимчасової і/або стійкої непрацездатності. У Росії та Україні рівень інвалідизації через 1 рік після перенесеного інсульту становить від 76 % до 85 %, тоді ж як у країнах Західної Європи — 20—30 % (Kalra L., 1994; Шахпаронова Н. В., Кадьков А. С., 2006), що свідчить про недостатній рівень організації лікувального та реабілітаційного процесу. Внаслідок інсультів щороку помирає близько 40 тис. мешканців України. Цей показник майже в 2 рази більше, ніж в Європі, але менше, ніж в Росії.

На основі вивчення патогенетичних механізмів розвитку мозкового інсульту за допомогою сучасних методів нейровізуалізації, біохімічних досліджень, а також даних доказової медицини сьогодні розроблені сучасні підходи до ведення пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу. При ішемічному інсульті — це терапія, спрямована на відновлення судинного русла (тромболізіс). Тромболітичну терапію відносять до розряду таких методів лікування, ефективність яких доведена крупними багатоцентровими дослідженнями. Застосування цього методу дозволяє на 30 % зменшити інвалідизацію пацієнтів. В країнах з добре налагодженою системою надання допомоги пацієнтам з інсультом тромболізіс проводиться в середньому в 20—24 %. В Україні цей відсоток набагато нижче.

Основним церебральним тромболітиком визнано альтеплазу (рекомбінантний активатор тканинного плазміногену recombinant tissue plasminogen activator/rtPA). Застосування зазначеної терапії з дотриманням рекомендацій є основним найбільш дієвим заходом тромболітичного лікування із доведеною ефективністю (клас рекомендацій 1, рівень А) (ESO, 2008). Тромболітична терапія безпечна й ефективна при застосуванні в госпіталях будь-якого типу, якщо діагноз установлений лікарем, що є фахівцем щодо інсульту, і комп'ютерна томографія (КТ) оцінюється досвідченим рентгенологом (Hill M. D., Buchan A. M., 2005; Bateman B. T. et al., 2006; Wahlgren N. et al., 2007; ESO, 2008).

Так, у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О. І. Ющенка в 2004 р. відкрито інсультне відділення для надання цілодобової ургентної допомоги мешканцям області. Належна організація надання допомоги пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу в умовах ВОПНЛ (наявність комп'ютерного томографа, можливість обстеження пацієнтів протягом доби, цілодобове чергування лікаря-невролога, наявність локального протоколу) дала можливість впровадити тромболітичну терапію в лікування пацієнтів з ішемічним інсультом. Вперше процедура тромболізування була проведена в 2007 р.

Проведено аналіз історій хвороб пацієнтів, доставлених в «терапевтичне вікно» в інсультне відділення ВОПНЛ з грудня 2007 р. по грудень 2011 р. Усі пацієнти доставлені машиною «Швидкої допомоги», в історіях хвороби зафіксовані терміни виникнення судинного епізоду, час звернення за медичною допомогою. В картці нотаток, яка заповнюється при обстеженні кандидата на проведення тромболізування, відмічаються терміни доставки пацієнта в лікарню, огляду неврологом, проведення комп'ютерної томографії.

Рік	Кількість пацієнтів, доставлених в «терапевтичне вікно»	Виконано процедур	Невідповідність протоколу		
			Геморагічний інсульт	ТІА	Інші причини
2008	21	2 (9,5 %)	3	3	13
2009	26	6 (23,0 %)	3	7	10
2010	64	14 (21,0 %)	12	12	26
2011	80	18 (22,5 %)	10	19	33

Пацієнтам після проведення нейровізуалізації/верифікації ішемічного інсульту та відбору згідно з протоколом застосовано проведення процедури тромболізування.

Процедуру проведено 40 пацієнтам (29 чоловіків, 11 жінок). Серед них до 40 р. — 1 пацієнт, від 40 до 60 р. — 14 пацієнтів, від 61 до 70 р. — 15 пацієнтів, більше 70 р. — 10 пацієнтів. Було доставлено мешканців м. Вінниці — 27 чол., з Вінницької області — 13 чол.

Пацієнти — кандидати на проведення процедури тромболізування транспортуються машиною «швидкої допомоги» згідно з попередньою телефонограмою по «зеленому коридору» поза приймальне відділення відразу в кабінет комп'ютерної томографії, де на пацієнта чекає черговий невролог. Уточнюються час та обставини виникнення судинного епізоду, проводиться оцінка стану пацієнта за відповідними шкалами (стан за шкалами ком Глазго, NIHSS), забір крові для аналізів. Після верифікації ішемічного інсульту пацієнту/особам, які супроводжують пацієнта, надається інформація про можливе застосування тромболітичної терапії та при погодженні — ознаявлення та підписання інформованої згоди. При заповненні карти спостереження при проведенні тромболізування фіксується час болюючого введення препарату «Актилізе».

В результаті аналізу документації визначено такі витрати часу: Період «виникнення судинного епізоду — СКТ» в середньому складає 2 год. 10 хв. (Термін транспортування пацієнтів з районних лікарень Вінницької області склав від 2 год. до 4 год.). Транспортування мешканців м. Вінниці проходило в межах 50 хв.

Створення «зеленого коридору» для пацієнта — кандидата на проведення процедури та огляд його черговим неврологом в кабінеті комп'ютерної томографії дає можливість не витратити час на очікування проведення нейровізуалізації та дозволяє суттєво скоротити витрати часу на цьому етапі проведення процедури.

На період «двері СКТ — болюс» — за даними аналізу історій хвороб, в середньому витрачено  $50 \pm 10$  хв. Це пояснюється наявністю у частини пацієнтів підвищеного артеріального тиску, помірного психомоторного збудження, певної стресової гіперглікемії та витратами часу на їх адекватну корекцію відповідно протоколу.

Запорукою успішного застосування процедури тромболізування в лікуванні пацієнтів з ішемічним інсультом є чітке дотримання єдиних загальних рекомендацій. Аналіз отриманих даних диктує необхідність скорочення часу «двері — болюс». Створення відповідних локальних протоколів дозволяє наблизитись до європейських стандартів надання допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом.