

Неблагоприятный прогноз на этапе дебюта при вторично-прогредиентном течении (ВПТ) с высокой вероятностью формируется при молниеносных или замедленных темпах развития клинической симптоматики тяжелых или средней тяжести длительных дебютов с выходом в короткую ремиссию после дебюта; при первично-прогредиентном течении (ППТ) — полисиндромный дебют с замедленными темпами развития клинической симптоматики в виде поражения путей мозжечка, нарушения функции тазовых органов, частичной атрофии дисков зрительных нервов (ДЗН) и неопределенной длительностью дебюта в связи с дальнейшим прогрессированием.

Процесс формирования этапов прогрессирования при ПТТ происходит двумя путями и имеет стратегическое значение для дальнейшего течения и прогноза прогредиентных форм РС. Этап прогрессирования по первому пути для ВПТ начинается после рецидивизирующего этапа, который при неблагоприятном прогнозе характеризуется длительными рецидивами с тенденцией к их утяжелению и короткими неполными ремиссиями между рецидивами; для ППТ — формирование прогрессирования происходит через этап стабилизации, который следует вслед за дебютом. Этап прогрессирования при втором пути при ВПТ начинается вслед за ремиссией после первой атаки; при ППТ — непосредственно после дебюта, минуя этап стабилизации. Следовательно, 1-й путь имеет близкие по своему патогенезу механизмы формирования для двух ПТТ. Он замедляет развитие прогрессирования за счет наличия рецидивизирующего этапа при ВПТ и этапа стабилизации при ППТ и свидетельствует о более благоприятном течении заболевания.

Корреляционный анализ показал преобладание второго пути формирования прогрессирования, при котором отсутствие рецидивизирующего этапа при ВПТ и этапа стабилизации при ППТ у большинства больных ускоряет формирование стойкого неврологического дефицита и приводит к неблагоприятному прогнозу.

Анализ взаимоотношений между неблагоприятным прогнозом и вариантами прогрессирования (поступательным, рецидивизирующим и неуклонным) для обеих ПТТ выявил только одну статистически значимую сильную связь между неблагоприятным прогнозом и неуклонным вариантом прогрессирования.

Таким образом, с помощью методов математического анализа были выделены дифференциально-диагностические клинические критерии неблагоприятного прогноза при ПТТ РС. Их формирование происходит путем избирательного вовлечения в единый паттерн клинических показателей, возникающих на различных этапах течения заболевания.

УДК 616.831-005.1

*Височанська Т. Г., Бартюк Р. С., Бородій О. О.,  
Височанський О. В., Карпенко Н. В., Костенко Т. В.,  
Коробчук Н. І., Капітанчук І. В., Кривенко Г. О.,  
Матіюк С. І., Сінічка Л. В., Смотрицька Т. В., Фікс Д. О.,  
Шмигельська Ю. А., Щербанюк Ю. А., Чирка Ю. В.  
КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня  
імені акад. О. І. Ющенка (м. Вінниця)*

### **Вплив організаційних заходів на імплементацію тромболітичної терапії при інсульті**

Запорукою надання ефективної допомоги при гострому інсульті, передусім — ішемічному, є максимальне використання переваг, які надає феномен «терапевтичного вікна».

Це означає, що ключовим моментом зусиль професійної команди фахівців з інсульту мають бути організаційні заходи, спрямовані на скорочення часу доправлення хворого до центру надання допомоги та випереджаюча активація команди та процедур, що дозволить максимально скоротити час реагування.

Мета дослідження: проаналізувати динаміку (3-річну) якісних показників надання допомоги при інсульті в умовах імплементації системи пренотифікації на території відповідальності спеціалізованого інсультного центру (Вінницька область).

З 2014 року у Вінницькій області проводиться комплекс заходів, спрямований на скорочення термінів догоспітального етапу при інсульті — активна кампанія інформування населення, постійна програма професійного тренінгу медичного персоналу (медицина катастроф, первинна ланка, вторинний та третинний рівні надання допомоги), створення спеціальної безкоштовної телефонної лінії для прямих дзвінків, поширення протоколів та наскрізних маршрутів пацієнта для об'єднання зусиль в одну процедуру, без проміжних етапів та втрати часу.

Динаміка доправлення хворих до центру у «терапевтичне вікно»: 2014 р. — 126 хворих, 2015 р. — 211 і 2016 р. — 296. Виконано за показаннями процедур системного тромболілізу, відповідно, 29 (2014 р.), 61 (2015 р.) та 84 (2016 р.), що склало для цієї категорії пацієнтів 23 %, 28,9 % та 28,4 % активності. Смертність при виконанні процедури тромболілізу становила за три послідовні роки 4 (13,8 %), 5 (8,2 %) та 6 (7,1 %) випадків. В 2 випадках причиною смерті була геморагічна трансформація інсульту, в 1 — розшарування аневризми черевної аорти і в 12 — злякисний набряк мозку.

Медіана оцінки неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS у пацієнтів, яким проводили тромболітичну терапію, складала 16 (2014 р.), 14,9 (2015 р.) та 14,1 (2016 р.) бали. При виписці медіана оцінок складала, відповідно, 9,6, 7,7 та 6,7 бали.

Важливим показником є час «епізод — двері СКТ». Виглядає, що показник має негативну динаміку: 128,8 (2014 р.), 127,9 (2015 р.) та 136,0 (2016 р.) хвилин. Але це зумовлено розширенням географії охоплення (максимальна відстань — 160 км). Натомість, скорочення терміну «двері СКТ — болюс» (48,2 хвилини, 38 хвилин і 32 хвилини, відповідно), дозволило зменшити загальний час виконання процедури «епізод — болюс» з 2 год 58 хв (2014 р.) до 2 год 44 хв (2015 р.) і до 2 год 42 хв (2016 р.).

З 246 процедур тромболілізу при інсульті, виконаних 2015 року в Україні, 25 % припадає на активність Вінницького обласного інсультного центру. З 292 процедур 2016 року — 84 (28,7 %), відповідно. Прогрес зумовлений майже винятково поліпшенням та спрощенням логістичних процедур на догоспітальному етапі і тим нововведенням, що загалом організацію та керівництво (і відповідальність) транспортування хворого з моменту його першого контакту з медичним персоналом бере на себе інсультний центр.

Єдиний протокол та контрольований в будь-який момент маршрут пацієнта дозволяють оптимізувати допомогу і гнучко адаптувати зміни залежно від обставин, території, дорожньої ситуації тощо.

Наш досвід підтверджує дієвість комплексних зусиль, які, при мінімальних фінансових витратах, потребують, між тим, усвідомлення та відповідальності медичного персоналу.