

© І.О. ЛАТОХА, 2013

І.О. Латоха

ПЕРЕБІГ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ ПЕНСІЙНОГО ВІКУ, ЩО ЛІКУВАЛИСЬ АМБУЛАТОРНО

Чернігівська міська лікарня №2

Вступ. Не дивлячись на те, що гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) підлягають невідкладній госпіталізації та лікуванню у спеціалізованих відділеннях (клас I, рівень доказів A), частина хворих взагалі не госпіталізується.

Мета. Виявити особливості перебігу ГПМК в осіб старечого віку та довгожителів, що не були госпіталізовані до стаціонару.

Методи. Дослідження проводилось на базі поліклінічного відділення Чернігівської міської лікарні №2. Об'єктом дослідження були 146 випадків ведення хворих з ГПМК, що не були госпіталізовані за даними амбулаторних карток та посмертних епікризів, у період з 2008 по 2010 рр. З них 41 особа чоловічої статі, 105 – жіночої статі. Середній вік пацієнтів був 81,7±0,6 років.

Результати. На прикладі обласного центру (м. Чернігів) виявлено, що близько 11% пацієнтів з ГПМК відмовляються від стаціонарного лікування або не госпіталізуються по «життєвим показанням» (глибока кома, транспортування по тяжкості стану протипоказане), хоча відносні та абсолютні протипоказання до госпіталізації відсутні. Особливостями ведення таких пацієнтів є тяжкий загальний стан, часто наявність повторних інсультів (34,3%), супутня патологія: ІХС (100%), АГ (97,3%), серцева недостатність (97,3%), миготлива аритмія (34,9%), цукровий діабет 2-й тип (17,1%); частий розвиток ускладнень: набряк головного мозку (29,5%), гіпостатична пневмонія (8,9%), та їх поєднання (0,7%); пізні виклики спеціалістів як швидкої медичної допомоги, так і поліклініки; неможливість адекватного обстеження, лікування, підтримання життєвих функцій; відсутність рекомендацій МОЗ України щодо лікування. Все вище вказане призводить до катастрофічної летальності хворих - 70,5% протягом 1-го місяця.

Ключові слова: мозковий кровообіг, хворі, гостре порушення, лікування, амбулаторно.

ВСТУП

Не дивлячись на те, що гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) підлягають невідкладній госпіталізації та лікуванню у спеціалізованих відділеннях (клас I, рівень доказів A) [5,6,7,8,10], частина хворих взагалі не госпіталізується. Так, наприклад, у Російській Федерації вдома лікують від 38,5% до 81,1% випадків мозкових інсультів (МІ) [1,2,3,6], в основному це особистаречого віку та довгожителі. Беручи до уваги, що в Україні пенсіонерів, які досягли 70-ти річного віку більш ніж 5117тис. [4], вказана тема є дуже актуальною.

Мета роботи. Виявити особливості перебігу ГПМК в осіб старечого віку та довгожителів, що не були госпіталізовані до стаціонару.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводилось на базі поліклінічного відділення Чернігівської міської лікарні №2.

Об'єктом дослідження були 146 випадків ведення хворих з ГПМК, що не були госпіталізовані за даними амбулаторних карток та посмертних епікризів, у період з 2008 по 2010 рр. З них 41 особа чоловічої статі, 105 – жіночої статі.

Середній вік пацієнтів був $81,7 \pm 0,6$ років. Вік чоловіків був у середньому $77,9 \pm 1,2$ років; жінок – $83,2 \pm 0,6$ років, що достовірно різняться ($p < 0,001$). Це можна пояснити різницею середньої тривалості життя чоловіків та жінок в Україні.

Дослідження включало аналіз паспортних даних, соціального становища: місця проживання, освіти, професії; перебігу хвороби, причин відмови від госпіталізації, супутньої патології, факторів ризику, суб'єктивного та об'єктивного стану, додаткових методів обстеження, лікування пацієнтів.

Діагноз у більшості випадків встановлювався за допомогою клінічного неврологічного обстеження хворих, за наявності специфічної загально мозкової та вогнищевої симптоматики. ГПМК по типах мали наступний розподіл: ішемічний інсульт встановлено у 86 пацієнтів, що склало 58,9%; геморагічний – у 15 випадках (10,3%), неуточнений характер інсульту було відмічено у 38 осіб (26,0%), ішемічний інсульт з геморагічною трансформацією був у 6 пацієнтів (4,1%) і у 1 випадку (0,7%) – субарахноїдальна кровотеча.

Топічною діагностикою було встановлено ураження лівої середньої мозкової артерії 37 (25,3%) випадків, правої середньої мозкової артерії – 18 (12,3%), вертебро-базиллярного басейну – 9 (6,2%), судин правої гемісфери – 21 (14,4%), лівої гемісфери – 38 (26,0%), стовбурових структур – 7 (4,8%), у 16 (11,0%) випадках не вдалося встановити басейну. За ступенем тяжкості пацієнти розподілились наступним чином: легкий ступінь встановлено у 3 випадках, що склало 2,1%; середнього 24 (16,4%); тяжкий 65 (44,5%); дуже тяжкий 54 (37,0%) випадках.

Статистичний аналіз включав кореляційний аналіз по Пірсону та Спірмену. Визначення t-критерію Ст'юдента для даних з нормальним розподілом та непараметричні методи – тест Колмогорова-Смірнова, тест Манн-Уїтні (за програмою SPSS for Windows Release 13.00, SPSS Inc., 1989-2004).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відомо, що частина хворих з ГПМК отримують лікування в організованому стаціонарі вдома. Закономірним є й те, що частота «відмов від госпіталізації» збільшується від центру до периферії.

Середня кількість ГПМК протягом 2008-2010 рр. по території обслуговування ЧМЛ №2 склала 445 випадки (522 випадки на 100 тис. населення), з яких 396 (89,0%) лікувалось стаціонарно, близько 49 (11,0%) амбулаторно.

Ми виявили, що тільки 54,7% хворих викликали швидку медичну допомогу, при чому 16,7% пацієнтів звернулись за медичною допомогою пізніше ніч через 6 годин після появи перших симптомів ГПМК.

Також варто відмітити пізні виклики хворими лікарів первинної ланки, це призводило до того, що у середньому вперше хворий був оглянутий спеціалістом через $38,2 \pm 3,9$ годин від появи перших симптомів МІ, з коливанням часу від 30 хвилин до 11 діб.

Загальний розподіл первинного огляду дільничними лікарями, лікарями ЗПСМ від появи симптомів МІ, подано у наступній діаграмі:

Як бачимо, тільки 6% хворих оглянуто до 3 годин від початку розвитку симптомів МІ, додатково іще 35% пацієнтів – до 12 годин. Це вказує на недостатню організацію медичної допомоги вказаній групі пацієнтів.

У той час як скарги були типовими для уражень ГПМК (слабкість у кінцівках; порушення свідомості, ковтання, мови; головний біль, головокружіння, загальну слабкість та ін.), анамнез життя та хвороби мали свої особливості.



Рис. 1. Час огляду пацієнтів від появи симптомів ГПМК

У 64 осіб в анамнезі вже були ГПМК, з яких один МІ вже перенесли 42 пацієнти, два – 17 і три – 5 осіб. Вдома попередні МІ лікували 16 (8,5%) хворих. Ми виявили пряму слабку (+ 0,258) залежність між віком хворих та частотою повторних інсультів ($p < 0,001$). Це є закономірним оскільки чим старший пацієнт, тим вірогідніше у нього виникнення повторного ГПМК.

Було виявлено, що ішемічну хворобу серця мали 146 хворих. З них стенокардією напруги хворіли 32 (21,9%) пацієнта, інфаркт міокарда був в анамнезі у 16 (10,9%) пацієнтів. Артеріальною гіпертензією хворіли 142 (97,3%) пацієнти, з них 46 (31,5%) мали гіпертонічну хворобу, 96 (65,8%) хворих – симптоматичну гіпертензію. Хронічна серцева недостатність I ст., II функціонального класу (ФК) була у 7 (4,8%) хворих з ГПМК; II А ст., ФК II – у 86 (58,9%); II Б ст., ФК III – у 49 (33,6%); III ст., ФК IV – у 4 (2,7%) пацієнтів. Порушення ритму по типу миготливої аритмії мав 51 (34,9%) пацієнт. Цукровим діабетом 2-го типу хворіли 25 (17,1%) пацієнтів. Безперечним є те, що вказана супутня патологія ускладнювала перебіг МІ, призводячи до ранньої летальності.

У неврологічному статусі було виявлено: порушення свідомості до рівня оглушення у 15 осіб з 146 (38,4%), сопор у 41 (28,1%), кома у 32 (21,9%). Пригнічення свідомості до рівня оглушення погіршувало прогноз, щодо тривалості життя пацієнтів недостовірно, пригнічення свідомості до більш глибоких рівнів (сопор, кома) зі значною достовірністю призводило до смерті протягом 7-11 днів, від появи перших симптомів ГПМК.

Моторну афазію було виявлено у 14 (9,6%) осіб, сенсорну - у 3 (2,1%), змішану - у 26 (17,1%) хворих. Дизартрію було відмічено у 19 (13%) пацієнтів. Фіксований погляд у 22 (15,1%) пацієнтів, що мало несприятливий прогноз із ранньою летальністю. Згладженість носо-губної складки було виявлено у 70 осіб з них у 39 (55,7%) справа і 31 (44,3%) зліва.

Девіацію язика виявлено у 8 (5,6%) осіб, порушення ковтання - у 11 (7,5%) із 146 пацієнтів.

Ураження пірамідної системи за центральним типом з геміпарезом та геміплегією було зафіксовано у 129 (88,4%) пацієнтів. Патологічні рефлекси виявлено у 70 осіб, найчастіше виявляли симптом Бабінського – у 50 (34,2%) та поєднання симптомів Россоліма та Бабінського – 15 (10,3%). Менінгеальні знаки: ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга та їх поєднання було виявлено у 17 (11,7%) осіб.

За даними посмертних епікризів ускладнення спостерігались у 57 (39,0%) випадків, з яких набряк головного мозку спостерігався у 43 (29,5%), гіпостатична пневмонія – 13 (8,9%), та їх поєднання у 1 (0,7%) випадку.

Основними критеріями при виборі медичних препаратів, у випадку лікування хворих в організованому стаціонарі вдома, були дозування, частота, способи введення, їх високий профіль безпеки та широке терапевтичне вікно. Фармакологічні засоби мають надходити до організму внутрішньовенно, внутрішньом'язово бажано 1-2 р./доба, а також всередину за умови відсутності бульбарних розладів, порушення свідомості.

Перші 72-94 години після встановлення діагнозу ГПМК лікування проводилось, в основному, згідно призначень лікаря ЗПСМ (дільничного терапевта).

З 146 пацієнтів 119 лікувались фахівцями первинної ланки, у решті 27 випадків 11 - відмовились від лікування, 16 лікувались після консультації невропатолога.

За умов відсутності рекомендацій МОЗ України, щодо пацієнтів що категорично відмовились від госпіталізації, спеціалісти призначали лікування відповідно до індивідуальних знань та клінічного досвіду.

З антикоагулянтів (антиагрегантів) у 21,9% випадків застосували аспірин, у 1,4% було призначено клопідогрель, у решті 76,7% випадків реперфузійної терапії не використовувалось, хоча аспірин – препарат, що може застосовуватись в амбулаторних умовах при ішемічному інсульті і має найвищий ступінь доказової бази (клас I, рівень доказів A). Вузькі спеціалісти пропонували наступні препарати: аспірин, еноксипарин. Також варто наголосити на низьке призначення статинів. Лише у 1 випадку лікар ЗПСМ призначив аторвастатин.

Нейропротекторна терапія була використана у 104 (71,2%) випадках і нараховувала 19 різноманітних комбінацій з використанням наступних препаратів: пірацетам, актовегін, вінпоцетин, церебролізін, вітамінів B1, B6, B12, оксибрал, еглоніл, гліцин. Невропатологи запропонували 28 різноманітних комбінацій нейропротекторної терапії. Основна з яких - пірацетам 5-10 мл. 20% розчину 1-2 р. на добу внутрішньовенно (в/в) з актовегіном 2 мл. внутрішньом'язово (в/м) або 5-10 мл. в/в, використовувалась у 51 (34,9%) пацієнта. Пірацетам у монотерапії вводився у 14 (9,6%) випадках. Пірацетам, актовегін, цераксон було призначено у 10 (6,8%) випадках. Пірацетам, актовегін, прозерин був призначений у 9 (6,2%) пацієнтів. Комбінація пірацетама, актовегіну, нейромідину була застосована у 5(3,4%) випадках.

Для профілактики та лікування набряку головного мозку призначали магнію сульфат по 5-10 мл. 25% розчину в/в, L-лізину есцинат 5-10мл. 0,1% розчину в/в, дексаметазон в/в або в/м по 4-8 мг. Магнію сульфат призначали у 15 (10,3%) випадках, L-лізину есцинат – 8 (5,5%), їх поєднання у 10 (6,8%) випадках. У 2 випадках було призначено дексаметазон.

Антигіпертензивну терапію у гострий період МІ призначали у лікуванні 34 (23,3%) пацієнтів. У 10 осіб з АГ терапією показники систолічного артеріального тиску (САТ) були менші за 160 мм рт.ст., що за міжнародними рекомендаціями не потребує зниження.

Відповідно і тривалість життя у цій групі пацієнтів була вища, ніж у хворих, що отримувала АГ терапію, але при САТ вище 160 мм рт.ст., відповідно $61,7 \pm 18,5$ та $145,7 \pm 27,8$ дня ($p=0,01$ за тестом Манн-Уїтні).

До інших засобів, що включались в терапію належали: рибоксін, тіотриазолін, мілдронат, трикард, АТФ; фуросемід, торасемід, верошпірон; еуфілін; корглікон, дигоксин; верапаміл, аміодарон.

Не дивлячись на проведене лікування, середня тривалість життя пацієнтів з ГПМК, що лікувались вдома складала в $96,5 \pm 16,1$ днів.

Ми виявили наступні результати, щодо летальності пацієнтів з МІ.



Рис. 2. Летальність хворих з ГПМК

Як показано на діаграмі, летальність при веденні хворих в організованому стаціонарі вдома значно перевищує стаціонарну – до 1 місяця відсоток померлих складав 70,5%, до 1 року - 88,3%.

ВИСНОВКИ

На прикладі обласного центру (м. Чернігів) виявлено, що близько 11% пацієнтів з ГПМК відмовляються від стаціонарного лікування або не госпіталізуються по «життєвим показанням» (глибока кома, транспортування по тяжкості стану протипоказане), хоча відносні та абсолютні протипоказання до госпіталізації відсутні [7,8,9].

Особливостями ведення таких пацієнтів є тяжкий загальний стан, часто наявність повторних інсультів (34,3%), супутня патологія: ІХС (100%), АГ (97,3%), серцева недостатність (97,3%), миготлива аритмія (34,9%), цукровий діабет 2-й тип (17,1%); частий розвиток ускладнень: набряк головного мозку (29,5%), гіпостатична пневмонія (8,9%), та їх поєднання (0,7%); пізні виклики спеціалістів як швидкої медичної допомоги, так і поліклініки; неможливість адекватного обстеження, лікування, підтримання життєвих функцій; відсутність рекомендацій МОЗ України щодо лікування.

Все вище вказане призводить до катастрофічної летальності хворих - 70,5% протягом 1-го місяця.

Література

1. Бугрова С.Г. Проблемы ведения больных инсультом на дому. РМЖ (Русский медицинский журнал). 2008, 25 (16): 1680–1682.

2. Василевская О.В., Сафина Д.Д., Силантьева И.В. Причины поздней госпитализации больных с ишемическим инсультом. *Фундаментальные науки и практика*. 2010, 2(1).
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В и др. Эпидемиология инсульта в России. *Consilium Medicum* (приложение). 2003, 5 (5): 5–7.
4. Держстат України Розподіл постійного населення за статтю, окремими віковими групами, типом поселень та середній вік населення.http://database.ukrcensus.gov.ua/ukrcensus/Dialog/view.asp?ma=000_0204&ti, 2012.
5. Зозуля Ю.П., Волошин П.В. Алгоритми лікувально-діагностичних заходів при гострих порушеннях мозкового кровообігу на госпітальному етапі (методичні рекомендації). *Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»*. 2006, 23(1): 39–42.
6. Исмагилов М.Ф. Нарушение мозгового кровообращения — важнейшая медико-социальная проблема. Организация и перспективы развития помощи больным с мозговым инсультом в Республике Татарстан. *Невролог. вестн.* 2003, 1–2 (XXXV): 58–61.
7. Наказ МОЗ України № 297»Про вдосконалення медичної допомоги хворим з цереброваскулярною патологією" від 30.07.2002 р.
8. Наказ МОЗ України №487»Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Неврологія" від 17.08.2007 р.
9. Наказ МОЗ України №317 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Нейрохірургія" від 13.06.2008 р.
10. The European Stroke.Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. *Cerebrovasc. Dis.* 2008, 25 (5): 457–507.

И.О. Латоха

Течение острых нарушений мозгового кровообращения у пациентов пенсионного возраста, которые лечились амбулаторно

Черниговская городская больница №2

Вступление. Не смотря на то, что острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) подлежат неотложной госпитализации и лечению в специализированных отделениях (класс I, уровень доказательств А), часть больных вообще не госпитализируются.

Цель. Выявить особенности течения ОНМК у лиц старческого возраста и долгожителей, которые не были госпитализированы в стационар.

Методы. Исследование проводилось на базе поликлинического отделения Черниговской городской больницы №2. Объектом исследования были 146 случаев ведения больных с ОНМК, которые не были госпитализированы по данным амбулаторных карточек и посмертных эпикризов, в период с 2008 по 2010 гг. Из них 41 особа мужского пола, 105 – женского пола. Средний возраст пациентов был 81,7±0,лет.

Результаты. На примере областного центра (г. Чернигов) выявлено, что около 11% пациентов с ОНМК отказываются от стационарного лечения или не госпитализируются по «жизненным показаниям» (глубокая кома, транспортирование по тяжести состояния противопоказано), хотя относительные и абсолютные противопоказания к госпитализации

отсутствуют. Особенности ведения таких пациентов является тяжелое общее состояние, часто наличие повторных инсультов (34,3%), сопутствующая патология: ИБС (100%), АГ (97,3%), сердечная недостаточность (97,3%), мерцательная аритмия (34,9%), сахарный диабет 2-й тип (17,1%); частое развитие осложнений: набряк головного мозга (29,5%), гипостатическая пневмония (8,9%), и их соединение (0,7%); поздние вызовы специалистов как скорой медицинской помощи, так и поликлиники; невозможность адекватного обследования, лечения, поддержка жизненных функций; отсутствие рекомендаций МЗ Украины относительно лечения. Все выше указанное приводит к катастрофической летальности больных - 70,5% на протяжении 1-го месяца.

Ключевые слова: мозговое кровообращение, больные, острое нарушение, лечение, амбулаторное.

I.O. Latokha

Course of acute cerebrovascular disorders in patients of retirement age who received treatment in out-patient departments

Chernihiv City Hospital № 2

Introduction. Despite the fact that patients with acute cerebrovascular disorders (ACD) are in need of immediate hospitalization and treatment in specialized units (class I, level of evidence A), a certain number of such patients are not hospitalized.

Aim. Identifying the characteristics of the course of ASD in the people of old age and centenarians who were not admitted to hospital.

Methods. The study was conducted on the basis of out-patient department in Chernihiv City Hospital № 2. There were involved 146 patients (41 men, 105 women) with acute cerebrovascular disorders (ACD) who were not hospitalized, according to the data of hospital cards and postmortem epicrisis, in the period from 2008 to 2010. The average age of patients was $81,7 \pm 0$ years old. Results. By example of the regional center (Chernihiv city) there was established that about 11% of patients with acute cerebrovascular disorders (ACD) refuse hospital treatment or are hospitalized due to "health reasons" (deep coma, transportation is contra-indicated because of severe medical condition), although relative and absolute contra-indications to hospitalizing are absent. The peculiarities of managing these patients are as following: severe general condition, recurrent stroke (34.3%), concomitant pathologies: ischemic heart disease (100%), hypertension (97.3%), heart failure (97.3%), ciliary arrhythmia (34, 9%), type 2 diabetes mellitus (17.1%), frequent complications: cerebral edema (29.5%), hypostatic pneumonia (8.9%), and their combination (0.7%), late calls in ambulance and clinic specialists, inability to adequate screening, treatment, support of vital functions, the lack of treatment recommendations of the Ministry of Health of Ukraine. All the above mentioned causes a catastrophic death rate of people, which is 70.5% for the 1st month.

Key words: cerebral circulation, patients, acute disorder, treatment, out-patient.