

УДК 616.831-005.4-036.111-085.53-06-092-053/.056:313.1

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.9.5.2020.226949>Коваленко О. Є.<sup>1,2</sup>, Гостева Г. В.<sup>2,3</sup><sup>1</sup> Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна<sup>2</sup> Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна<sup>3</sup> Комунальне неприбуткове підприємство «Херсонська міська клінічна лікарня імені Є. Є. Карабелеша», Міський інсультний центр, м. Херсон, Україна

## НАЙГОСТРІШИЙ ПЕРІОД ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ: АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ХВОРИХ, ЩО ОТРИМАЛИ ТРОМБОЛІТИЧНУ ТЕРАПІЮ

**Резюме. Актуальність.** Проблема гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) є однією з пріоритетних у сучасній медицині через високий рівень інвалідизації та смертності. **Мета дослідження:** дослідити особливості модифікованих та немодифікованих факторів ризику ішемічного інсульту та інших чинників, що впливали на характер медичної допомоги у хворих у найгострішому періоді патології. **Матеріали та методи.** 180 хворих з ішемічними інсультами були розподілені на дві групи в залежності від характеру проведеного лікування в найгостріший період хвороби. I група – 90 пацієнтів, яким було застосована тромболітична терапія (ТАТ). II група – 90 хворих, які отримали стандартне медикаментозне лікування без ТАТ. Критерієм включення у дослідження було NIHSS – не більше 12 балів (9,2±2,8 балів). Серед них у I групі – 38 жінок та 52 чоловіків (середній вік – 66,5±6,7 років). II група – 47 жінок та 43 чоловіків (середній вік – 65,6±6,0 років). Усі хворі були розподілені на підгрупи за віковими інтервалами – до 50 років, 50–59 р., 60–69 р., 70 р. і старші. Враховувались немодифіковані та модифіковані фактори ризику інсульту в обох групах пацієнтів та час до початку ТАТ. **Результати.** У підгрупах молодших пацієнтів переважали чоловіки, у старших групах достовірної гендерної різниці не спостерігалось. У середньому в наймолодших (до 50 років) на одну людину приходилося 6,5 факторів ризику (ФР) у жінок та 4,0 – у чоловіків, де найбільш значущими є поведінкові фактори: знижений питний режим і, ймовірно, пов'язана з цим еритроцитемія (згущення крові), знижена прихильність до лікування артеріальної гіпертензії (АГ), стрес; у II віковій підгрупі у жінок – 5,5 ФР та у чоловіків – 3,75 ФР; у третій – 4,6 у жінок та 3,7 у чоловіків зростання АГ та гіперхолестеринемії, які також пов'язані з поведінковими факторами – недостатньою прихильністю до вчасного лікування та профілактики. Серед найбільш старших жінок мають 4,1, а чоловіки 3,3 ФР, що відзначились збільшенням АГ, гіперхолестеринемії, патології екстракраніальних судин. У проміжок часу більше 120 хвилин від початку симптоматики звертаються чоловіки всіх вікових груп, а особливо у групі до 50 років. Причиною незастосування ТАТ у 22% хворих була невизначеність часу початку перших симптомів інсульту. **Висновки.** 1. У хворих більш молодого віку домінують поведінкові ФР, такі як знижений питний режим, недостатня прихильність до вчасного лікування профілактики АГ та гіперліпідемії, стрес і в першу чергу чоловіки працездатного віку не звертаються за медичною допомогою своєчасно. Усе це підтверджує необхідність підвищити рівень інформаційно-профілактичної роботи серед населення. 2. Хворі, у яких більше факторів ризику, а особливо у віці до 60 років, мають прихильність до лікування та насторогу щодо стану свого здоров'я, тому зверталися за допомогою раніше і мали можливість отримати ТАТ. 3. Хворі з ЦД та ожирінням мали найбільшу насторогу та прихильність до вчасного звертання за медичною допомогою, на відміну від хворих з іншими ФР, тому час до початку ТАТ був коротшим. 4. Саме невчасне звертання за медичною допомогою по-служило основною причиною незастосування ТАТ у хворих більш молодших вікових підгруп. У 22% усіх хворих причиною незастосування ТАТ була невизначеність часу початку перших симптомів інсульту.

**Ключові слова:** ішемічний інсульт; тромболітична терапія; фактори ризику

### Вступ

Проблема гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) є однією з пріоритетних у сучасній медицині. За даними ВООЗ, смертність від інсульту посідає II–III місце після захворювань серця і злоякісних пухлин. Че-

рез рік після інсульту помирає 50% хворих, 40% залишаються стійкими інвалідами і лише 10% повертаються до трудової діяльності. Летальність серед хворих з ГПМК сягає 40%, інвалідизація – до 80%. Більшість (60% цих хворих) – це особи працездатного віку [1, 2, 3, 4].

© «Здоров'я суспільства» / «Здоровье общества» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2020

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Издатели Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», Заславский А.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2020

Для кореспонденції: Коваленко Ольга Євгенівна, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: [olgakovalenko14@gmail.com](mailto:olgakovalenko14@gmail.com)

For correspondence: Olga Kovalenko, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Dorogozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: [olgakovalenko14@gmail.com](mailto:olgakovalenko14@gmail.com)

У березні 2019 року був опублікований систематизований аналіз дослідження глобального тягаря хвороб 1990–2016 років, в якому прискіплю вивчалася проблема мозкового інсульту в світі, його поширеність, основні фактори ризику, летальність та подальший прогноз розповсюдження захворювання. Одним із висновків у даному дослідженні було ствердження, що, незважаючи на визначеність багатьох факторів ризику (ФР) – модифікованих та немодифікованих, профілактика можливих мозкових катастроф здійснюється не повною мірою або навіть існуючі ризики не беруться до уваги [2, 5].

За даними Інституту з моніторингу показників здоров'я та оцінки стану здоров'я (IHME), в Україні інсульти є другою (після ішемічної хвороби серця) причиною передчасної смертності й інвалідності. У загальній структурі глобального тягаря хвороб у нашій державі у 2017 році частка інсультів становила понад 8 % [6].

Отже, оскільки проблема ГПМК залишається невичерпаною в усьому світі, незважаючи на великий обсяг досліджень, вивчення ФР та інших чинників, які впливають на перебіг та обґрунтування профілактично-лікувальних заходів, зокрема, тромболітичної терапії (ТЛТ) як найбільш сучасного патогенетичного методу лікування, заслуговує на продовження.

**Мета:** дослідити особливості модифікованих та немодифікованих факторів ризику ішемічного інсульту та інших чинників, що впливали на характер медичної допомоги у хворих в найгострішому періоді патології.

## Матеріали та методи

Досліджувалися показники 180 хворих з ішемічними інсультами, які були розподілені на дві групи в залежності від характеру лікування в найгостріший період хвороби. Перша група складалася із 90 пацієнтів, які отримували ТЛТ, друга група – 90 хворих, які отримали стандартне медикаментозне лікування без ТЛТ [7]. Загальною умовою для обрання до дослідження було NIHSS – не більше 12 балів (у середньому  $9,2 \pm 2,8$  балів). Серед них у першій групі було 38 жінок та 52 чо-

ловіків віком від 42 до 82 років (середній вік –  $66,5 \pm 6,7$  років). Друга група складалася із 47 жінок та 43 чоловіків віком від 47 до 79 років (середній вік –  $65,6 \pm 6,0$  років).

Враховувались немодифіковані та модифіковані чинники ФР пацієнтів, в обох групах: вік, стать, час від початку появи перших клінічних ознак хвороби до початку ТЛТ, основні фактори ризику розвитку ішемічного інсульту (гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертензія, порушення ритму серця, цукровий діабет, патологія екстракраніальних судин, зв'язок зі стресом). Крім того, ґрунтуючись на результатах власних спостережень, ми врахували, на наш погляд, досить поширений, але недооцінений ФР – питний режим пацієнта (добовий об'єм вживаної рідини), кількість еритроцитів у периферійній крові.

Час (t) початку тромболітичної терапії (від початку проявів симптоматики до початку тромболізу) вираховувався у хвиликах і пацієнти основної групи, залежно від цього, були розподілені на три підгрупи: I група – до 59 хвилин, II група від 60 до 120 хвилин та III група – більше 120 хвилин.

Примітка: транспортування всіх хворих обох груп до стаціонару було забезпечене вчасно – в межах  $75 \pm 22$  хвилин від виклику карети «швидкої».

## Результати та обговорення

Для більш детального вивчення показників хворих з ішемічними інсультами весь контингент досліджуваних був розподілений на 10-річні вікові інтервали та за гендерною приналежністю (таб. 1 та таб. 2).

Як видно з таблиць, найбільша кількість хворих (по 37) спостерігалась у віковий період 60–69 років, найменша (9 та 11) – у наймолодших – до 50 років, відповідно, в обох групах дослідження. Той факт, що у вікові періоди 50–59 рр. та понад 70 років кількість хворих мало відрізнялась (20 та 18, проти 24 та 24), можна пояснити тим, що у молодших кількість інсультів за статистикою взагалі менше, а у старших хворих хоча й частішими є інсульти, проте є більша кількість проти-показань до ТЛТ, тобто тих хворих, що були включені

**Таблиця 1. Розподіл хворих першої групи за 10-річними інтервалами та гендерними показниками**

Перша група (до 50 років)		Друга група (50–59 років)		Третя група (60–69 років)		Четверта група (70 років і більше)	
9 хворих		20 хворих		37 хворих		24 хворих	
ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч
2 (2,2%)	7 (7,8%)	8 (8,9%)	12 (13,3%)	18 (20%)	19 (21,16%)	11 (12,2%)	13 (14,4%)

**Таблиця 2. Розподіл хворих групи порівняння за 10-річними інтервалами та гендерними показниками**

Перша група (до 50 років)		Друга група (50–59 років)		Третя група (60–69 років)		Четверта група (70 років і більше)	
11 хворих		18 хворих		37 хворих		24 хворих	
ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч
6 (6,6%)	5 (5,5%)	12 (13,3%)	6 (6,6%)	18 (18,9%)	19 (21,1%)	11 (12,2%)	13 (20%)



у дослідження. Також слід відмітити, що з віком виразність та прояви таких факторів як цукровий діабет та артеріальна гіпертензія зростає, що в свою чергу, впливає на можливість проведення ТЛТ. Стосовно гендерних особливостей: у групах молодших пацієнтів переважали чоловіки – втричі більше від кількості жінок до 50 років, в 1,3 рази більше в групі 50-59 років, в решті старших груп суттєвої різниці не спостерігалось.

При проведенні дослідження нами приймалась до уваги сукупність факторів ризику та частота, з якою вони комбінувались у пацієнтів. Звертає увагу значний вплив стресового фактору, оскільки 67 осіб (74,4%) у першій групі та 59 (65,6%) відмічали зв'язок розвитку захворювання з перенесеним психоемоційним навантаженням.

Як видно з таблиці 3, у середньому, у групі наймолодших (до 50 років) на одну людину приходилося 6,5 ФР у жінок та 4,0 у чоловіків, тоді як у другій віковій групі у жінок – 5,5 ФР та у чоловіків – 3,75 ФР, у третій – 4,6 у жінок та 3,7 у чоловіків. В останній, найбільш старшій підгрупі, жінки мають 4,1, а чоловіки 3,3 ФР.

Отже, ми визначили, що кількість факторів ризику у жінок та чоловіків є досить стабільними у всіх вікових групах. Це ще раз підкреслює, що такий немодифікований чинник як вік залишається провідним, оскільки саме з віком ступінь виразності більшості факторів ризику поступово зростає.

Звертають на себе увагу якісні характеристики ФР. Як видно, у першій віковій підгрупі найбільш значущими є поведінкові фактори, такі як стрес, знижений питний режим і, ймовірно, пов'язана з цим еритроцитемія (згущення крові), а в другій віковій підгрупі ми спостерігали зростання артеріальної гіпертензії та гіперхолестеринемії, які також значною мірою пов'язані з поведінковими факторами – недостатньою прихиль-

ністю до вчасного лікування та профілактики цих станів, що було з'ясовано при прискіпливому розпитуванні. Третя і четверта підгрупи відзначились досить значимим збільшенням виразності таких факторів, як артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія і патологія екстракраніальних судин.

При порівнянні з першою групою були отримані наступні варіанти: у наймолодшій віковій підгрупі на одну людину прийшлося: у жінок – 3,5 ФР, у чоловіків – 4,6 ФР, у другій групі у жінок – 4,4, а у чоловіків 5,5. Щодо третьої групи: у жінок – 3,6, у чоловіків – 3,4 ФР; у четвертій віковій групі результати аналізу достовірно не відрізнялися, а саме – жінки 3,5, чоловіки 3,1 ФР на одну особу. Порівнюючи отримані показники з першої та другої груп пацієнтів, можливо зробити висновок, що хворі, у яких більше факторів ризику, а особливо у віці до 60 років, мають прихильність до лікування та насторогу щодо стану свого здоров'я, тому зверталися за допомогою раніше і мали можливість отримати ТЛТ.

Аналіз комбінації факторів ризику та часу початку ТЛТ виявив досить цікаві факти, що у проміжок часу більше 120 хвилин від початку симптоматики звертаються чоловіки всіх вікових груп, а особливо в групі до 50 років. Звертає на себе увагу той факт, що у проміжок часу до 60 хвилин, чоловіки віком менше 50 років у групу з ТЛТ не попали (7,8 від загальної кількості хворих у першій групі обстежених). Щодо жінок, то слід відмітити, що у віковій групі 60-69 років найбільшій кількості пацієнток була застосована ТЛТ пізніше, ніж через 120 хвилин, але саме жінки у більшій кількості випадків (82 %) зверталися за медичною допомогою через 60 хвилин після розвитку першої симптоматики.

Саме невчасне звертання за медичною допомогою й послужило основною (часто єдиною!) причиною не-

**Таблиця 3. Розподіл факторів ризику у вікових підгрупах та за статтю в першій (основній) групі**

Фактори ризику	Вікові групи							
	Перша група (до 50 років) 9 осіб		Друга група (до 50-59 років) 20 осіб		Третя група (60-69 років) 37 осіб		Четверта група (70 років і більше) 24 особи	
	ж (2)	ч (7)	ж (8)	ч (12)	ж (18)	ч (19)	ж (11)	ч (13)
Стрес в анамнезі	2	7	7	10	16	14	11	9
Цукровий діабет	1	0	2	0	2	0	0	0
Порушення ритму серця	1	0	6	3	8	8	6	6
Ожиріння	1	1	1	0	2	0	2	0
Гіперхолестеринемія	2	3	0	5	16	15	10	7
Патологія екстракраніальних судин	0	3	3	7	10	9	2	6
Артеріальна гіпертензія	2	7	0	10	15	10	8	8
Еритроцитемія	2	0	5	5	4	8	0	5
Знижений питний режим (вживання рідини менш ніж 0,8 літр на добу)	2	7	0	5	10	7	10	2
Разом	13	28	44	45	83	71	49	43

Таблиця 4. Розподіл факторів ризику за віком та статтю у групі порівняння

Фактори ризику	Вікові групи							
	Перша група (до 50 років) 9 осіб		Друга група (до 50-59 років) 20 осіб		Третя група (60-69 років) 37 осіб		Четверта група (70 років і більше) 24 особи	
	ж (6)	ч (5)	ж (12)	ч (6)	ж (18)	ч (19)	ж (11)	ч (13)
Стрес в анамнезі	6	5	10	6	13	12	4	7
Цукровий діабет	0	1	0	2	0	2	0	1
Порушення ритму серця	1	0	5	4	7	9	5	6
Ожиріння	0	0	0	1	2	7	1	1
Гіперхолестеринемія	1	4	9	5	10	12	10	7
Патологія екстракраніальних судин	0	3	2	4	9	11	1	3
Артеріальна гіпертензія	6	5	11	2	12	13	8	8
Еритроцитемія	4	1	5	5	3	7	1	4
Знижений питний режим (вживання рідини менш ніж 0,8 літр на добу)	3	4	11	4	10	7	9	3
Разом	21	17	53	33	66	80	39	40

застосування ТЛТ у хворих більш молодших вікових підгруп (І група – до 50 років та ІІ група – 50-59 років) у групі порівняння, оскільки вони (або їм) викликали карету «швидкої допомоги», у середньому, через  $210 \pm 22$  хвилин від появи перших симптомів захворювання. У відсотковому співвідношенні 68 % – це пацієнти, які зволікали з викликом медичної допомоги, а лише 32 % – ті пацієнти, які мали медичні протипоказання для проведення ТЛТ.

Серед усіх хворих у групі порівняння причиною незастосування ТЛТ у 22 % була невизначеність часу початку перших симптомів інсульту.

Також звертає на себе увагу, на перший погляд, несподіваний факт – у хворих з наявністю цукрового діабету та ожиріння скорочується час до початку ТЛТ, тоді як такі важливі фактори, як артеріальна гіпертензія, патологія екстракраніальних судин, гіперхолестеринемія, порушення ритму та їх комбінації займають майже однаковий часовий проміжок до початку ТЛТ. Тобто, хворі з ЦД та ожирінням мають найбільшу насторогу та прихильність до вчасного звертання за медичною допомогою, на відміну від хворих з іншими ФР.

Таким чином, отримані результати обґрунтовують гостру необхідність посилення інформаційно-профілактичної роботи серед населення щодо значимості корекції тих чи інших чинників, які можуть суттєво вплинути на характер та ефективність медичної допомоги.

Висновки

У хворих більш молодого віку домінують поведінкові ФР, такі як знижений питний режим, недостатня прихильність до вчасного лікування і профілактики АГ та гіперліпідемії, а також стрес (переважно чоловіки працездатного віку своєчасно не звертаються за медич-

ною допомогою). Усе це підтверджує необхідність підвищити рівень інформаційно-профілактичної роботи серед населення.

Хворі, у яких більше факторів ризику, а особливо у віці до 60 років, мали прихильність до лікування та насторогу щодо стану свого здоров'я, тому зверталися за допомогою раніше і мали можливість отримати ТЛТ.

Хворі з ЦД та ожирінням мали найбільшу насторогу та прихильність до вчасного звертання за медичною допомогою, на відміну від хворих з іншими ФР, тому час до початку ТЛТ був коротшим.

Саме невчасне звертання за медичною допомогою й послужило основною причиною незастосування ТЛТ у хворих більш молодших вікових підгруп. Серед усіх хворих у групі порівняння причиною незастосування ТЛТ у 22 % була невизначеність часу початку перших симптомів інсульту.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Міщенко Т. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань і організація допомоги хворим з мозковим інсультom в Україні / Т. С. Міщенко // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 1 (90). – С. 22–24.

2. William J. Powers. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. / William J. Powers, Alejandro A. Rabinstein, Teri Ackerson, Opeolu M. Adeoye [and other] // Ahajournals. – 2018. – Vol 49, Issue 3. – E. 46–99.

3. Гостева Г. В. Медична допомога хворим на ішемічний інсульт в перші години розвитку захворювання. /



Г.В. Гостева, О. Є. Коваленко // Міжнародний неврологічний журнал. — 2018. — № 5 (99). — С. 54–58.

4. Коваленко О. Є. Актуальні питання етіопатогенезу гострих порушень мозкового кровообігу та диференційованого лікування пацієнтів у найгостріший період ішемічного інсульту / О. Є. Коваленко, Г. В. Гостева, Л. М. Дупляк, Л. В. Длугош // Український медичний часопис. III/IV 2018. — 2(1) (124). — С. 40–42.

5. Catherine Owens Johnson. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. / Catherine Owens Johnson, Minh Nguyen, Gregory A Roth,

Emma Nichols [and other] // The Lancet Neurology. — 2019. — Vol. 15, Issue 5. — E. 439–458.

6. WHO. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/).

7. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація». Наказ МОЗ України від 3.08.2012 р. № 602.

Отримано 13.10.2020 ■

O. Ye. Kovalenko<sup>1,2</sup>, H. V. Hostieva<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup> State Scientific Institution "Scientific and Practical Center for Preventive and Clinical Medicine" of the State Administration, Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup> Municipal non-profit enterprise "Y. Y. Karabelesh Kherson city clinical hospital", Kherson City Stroke Center, Kherson, Ukraine

## THE MOST ACUTE PERIOD OF ISCHEMIC STROKE: THE ANALYSIS OF PATIENTS WHO RECEIVED THROMBOLYTIC THERAPY

**Abstract. Background.** The problem of acute cerebrovascular disorders is one of the priorities in modern medicine due to the high level of disability and mortality. The purpose of the study was to investigate the features of modified and unmodified risk factors for ischemic stroke and other factors that influenced the nature of medical care in patients in the most acute period of pathology. **Materials and methods.** 180 patients with ischemic strokes were divided into two groups depending on the nature of the treatment in the most acute period of the disease. Group I – 90 patients who underwent thrombolytic therapy (TLT); Group II – 90 patients who received standard drug treatment without TLT. The criterion for inclusion of the study was NIHSS – no more than 12 points ( $9.2 \pm 2.8$  points). Among them in group I – 38 women and 52 men with an average age of  $66.5 \pm 6.7$  years. Group II – 47 women and 43 men with an average age  $65.6 \pm 6.0$  years. All patients were divided into subgroups by age intervals – up to 50 years, 50–59 years, 60–69 years, 70 years and older. Unmodified and modified stroke risk factors in both groups of patients and time to thrombolytic therapy were considered. **Results.** Men predominated in the subgroups of younger patients, and no significant gender difference was observed in the older groups. On average, the youngest (up to 50 years old) had 6.5 risk factors (RF) per woman and 4.0 in men, where behavioral factors were the most significant: reduced drinking and probably related erythrocythemia (blood clotting), decreased adherence to the treatment of hypertension, stress. In the second age subgroup in women – 5.5 RF and in

men 3.75 RF, in the third – 4.6 in women and 3.7 in men, an increase in hypertension and hypercholesterolemia, which also related to behavioral factors – insufficient commitment to timely treatment and prevention. Among the oldest women had 4.1, and men 3.3 RF, marked by an increase in hypertension, hypercholesterolemia, extracranial vascular pathology. In the period of more than 120 minutes from the onset of symptoms, men of all ages apply, especially in the group up to 50 years. The reason for not performing TLT in 22 % of patients was the uncertainty of the onset of the first symptoms of stroke. **Conclusions.** 1. Behavioral FR, such as reduced drinking regime, insufficient adherence to timely treatment for prevention of hypertension and hyperlipidemia, stress dominate in younger patients. These were men of working age who do not seek medical help in a timely manner. All these confirms the need to increase the level of information and prevention work among the population. 2. Patients with more risk factors, especially under the age of 60, are committed to treatment and concerned about their health, so they sought help earlier and were able to receive TLT. 3. Patients with diabetes and obesity had the greatest vigilance and commitment to timely medical treatment in contrast to patients with other FR, so the time to TLT was shorter. 4. The untimely request for medical care was the main reason for not performing TLT in patients of younger age subgroups. In 22 % of all patients, the cause of TLT was the uncertainty of the time of onset of the first symptoms of stroke.

**Keywords:** ischemic stroke; thrombolytic therapy; risk factors

Коваленко О. Є.<sup>1,2</sup>, Гостева Г. В.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Національна медична академія послудипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup> Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

<sup>3</sup> Коммунальное неприбыльное предприятие «Херсонская городская клиническая больница имени Е. Е. Карабелеша», Городской инсультный центр, г. Херсон, Украина

## ОСТРЕЙШИЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧИВШИХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

**Резюме. Актуальность.** Проблема острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из приоритетных в современной медицине вследствие высокого уровня инвалидизации и смертности. **Цель:** исследовать особенности модифицированных и немодифицированных факторов риска

ишемиического инсульта и других факторов, которые влияли на характер медицинской помощи у больных в остром периоде патологии. **Материалы и методы.** 180 больных с ишемиическими инсультами были распределены на две группы в зависимости от характера лечения в острый период болезни.

I группа — 90 пациентов, которым была проведена тромболитическая терапия (ТЛТ), II группа — 90 больных, получивших стандартное медикаментозное лечение без ТЛТ. Критерием включения в исследование было NINHS — не более 12 баллов ( $9,2 \pm 2,8$  баллов). Среди них в I группе — 38 женщин и 52 мужчин (средний возраст —  $66,5 \pm 6,7$  лет). II группа — 47 женщин и 43 мужчин (средний возраст —  $65,6 \pm 6,0$  лет). Все больные были разделены на подгруппы по возрастным интервалам — до 50 лет, 50-59 лет, 60-69 лет, 70 лет и старше. Учитывались немодифицированные и модифицированные факторы риска (ФР) инсульта в обеих группах пациентов и время до начала тромболитической терапии. **Результаты.** В подгруппах молодых пациентов преобладали мужчины, в старших группах достоверной гендерной разницы не наблюдалось. В среднем, у молодых (до 50 лет) на одного человека приходилось 6,5 ФР у женщин и 4,0 у мужчин, где наиболее значимыми являются поведенческие факторы: снижен питьевой режим и, вероятно, связанная с этим эритроцитемия (сгущение крови), снижена приверженность к лечению АГ, стресс, во II возрастной подгруппе у женщин — 5,5 ФР и у мужчин 3,75 ФР, в третьей — 4,6 у женщин и 3,7 у мужчин рост артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии, которые также связаны с поведенческими факторами — недостаточной приверженностью к своевременному лечению и профилактике. Среди наиболее старших женщины имеют 4,1, а мужчины 3,3 ФР, которые отличились преобладанием и усугублением АГ, гиперхолестеринемии, патологии экстракраниальных сосудов. В промежуток

времени более 120 минут от начала симптоматики обращались мужчины всех возрастов, а особенно в группе до 50 лет. Причиной того, что ТЛТ не была проведена у 22 % больных была неопределенность времени начала первых симптомов инсульта. **Выводы.** 1. У больных более молодого возраста доминируют поведенческие ФР, такие как сниженный питьевой режим, недостаточная приверженность к своевременному лечению и профилактике АГ и гиперлипидемии, стресс. Именно мужчины трудоспособного возраста не обращаются за медицинской помощью своевременно. Все это подтверждает необходимость повысить уровень информационно-профилактической работы среди населения. 2. Больные, у которых больше факторов риска, особенно в возрасте до 60 лет, имеют приверженность к лечению и осторожность относительно состояния своего здоровья, поэтому обращались за помощью раньше и имели возможность получить ТЛТ. 3. Больные с сахарным диабетом и ожирением имели наибольшую осторожность и приверженность к своевременному обращению за медицинской помощью, в отличие от больных с другими ФР, поэтому время до начала ТЛТ было короче. 4. Именно несвоевременное обращение за медицинской помощью послужило основной причиной, что ТЛТ не была проведена у больных более молодых возрастных подгрупп. У 22 % всех больных причиной, ТЛТ не проводилась была неопределенность времени появления первых симптомов инсульта.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт; тромболитическая терапия; факторы риска