

29 жовтня — День боротьби з інсультом в Україні. Що зроблено і що потрібно зробити?

29 жовтня за ініціатииви Міністерства охорони здоров'я України, Всеукраїнської громадської організації «Українська асоціація боротьби з інсультом» (ВГО УАБІ) та за підтримки фармацевтичної компанії «Берінгер Інгельхайм» була проведена селекторна нарада, в рамках якої провідні вчені, організатори охорони здоров'я, спеціалісти-неврологи, нейрохірурги, реабілітологи, лікарі служби швидкої та невідкладної допомоги розглянули актуальні питання профілактики та лікування мозкового інсульту в Україні. Модератором круглого столу виступив головний фахівець МОЗ України з питань медицини невідкладних станів, головний лікар Київської міської станції швидкої медичної допомоги та медицини катастроф, заслужений лікар України **Анатолій Васильович Вершигора. На прямому зв'язку з центральною студією у м. Києві протягом двох годин знаходилося близько 1500 спеціалістів, небайдужих до проблеми інсульту, із 550 населених пунктів країни.**

Відкрила нараду заступник директора Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України **Зоя Григорівна Крушинська**, яка у вступній доповіді коротко охарактеризувала стан проблеми судинно-мозкових захворювань в Україні та кроки, що були зроблені за останні роки МОЗ України на шляху до її вирішення.



— Судинні захворювання головного мозку становлять одну з найактуальніших проблем сучасної охорони здоров'я та посідають найвищі місця серед причин смерті та інвалідизації населення планети. У 2006 р. Всесвітня організація охорони здоров'я визнала інсульт як глобальну неінфекційну епідемію. З того часу у світі щорічно проводяться дні боротьби з інсультом. Указом Президента України 29 жовтня проголошено національним Днем боротьби з інсультом.

За даними офіційної статистики МОЗ України, щорічно у понад 100 тис. жителів нашої країни вперше діагностують мозковий інсульт, з них 35% — особи працездатного віку. Показник захворюваності значно коливається у регіонах України: від 164 на 100 тис. населення у Чернівецькій області до 382 на 100 тис. — у Луганській. Смертність від інсульту в Україні протягом останніх 5 років набула тенденції до стабілізації, але залишається високою порівняно з європейськими країнами. У 2008 р. унаслідок інсульту померло 42 тис. осіб.

На виконання указу Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» фахівцями МОЗ України було розроблено та затверджено Державну програму профілактики та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 рр., а урядом виділено кошти на її реалізацію. За роки виконання програми спеціалістами різних ланок охорони здоров'я зроблено низку важливих кроків, спрямованих на популяризацію серед населення України здорового способу життя, виявлення груп ризику для проведення ранньої первинної профілактики зазначених захворювань, забезпечення ефективного лікування, вторинної та третинної профілактики на основі національних клінічних протоколів, створених за принципами доказової медицини.

У містах Одесі, Львові, Донецьку відкрито три клінічних центри з надання кардіохірургічної допомоги населенню регіонів та спеціалізованої допомоги хворим з інсультом.

На виконання програми у 2009 р. було передбачено фінансування в розмірі понад 78 млн грн. У рамках зазначеної програми МОЗ України активно співпрацює з громадськими організаціями, зокрема ВГО УАБІ, спільно з якими в містах України щорічно проводяться заходи, присвячені Дню боротьби з інсультом.

На сьогодні очевидно, що для вирішення проблеми судинної патології головного мозку необхідна державна підтримка системи охорони здоров'я, координація зусиль центральних і місцевих органів виконавчої влади, закладів МОЗ та АМН України, громадських організацій.

Президент ВГО УАБІ, член-кореспондент АМН України, доктор медичних наук, професор Микола Єфремович Поліщук виступив від імені очолюваної ним організації.



— Основними факторами ризику розвитку інсульту є підвищений артеріальний тиск, захворювання серця, цукровий діабет, куріння, надмірна маса тіла та зловживання алкоголем. До свідомості кожного українця необхідно донести, що він сам здатен впливати на більшість із названих першопричин інсульту для попередження мозкових катастроф у себе та своїх близьких. Але з цим в Україні завжди були негаразди. Сьогодні відомо, що лише 2% жителів України віком після 45 років є практично здоровими, водночас у європейських країнах цей показник сягає 35-40%.

Первинна профілактика, основана на свідомому прагненні населення до здорового способу життя, є пріоритетною та найбільш економічно обґрунтованою умовою успішної боротьби з інсультом. Саме тому ВГО УАБІ за підтримки владних структур і регіональних управлінь охорони здоров'я проводить активну роботу з населенням. Із 2006 р. волонтерами організації регулярно проводяться акції в усіх містах і регіонах України. Перша з них проходила під гаслом «Виміряй свій тиск, скажи інсульту: «Ні!». Цього року ми зосередили увагу на пропагуванні серед українців рухової активності; надалі планується акція, присвячена здоровому харчуванню.

Співвітчизники мають нарешті зрозуміти, що наше здоров'я на 90% залежить не від лікарів, а від нас самих.

Головний фахівець МОЗ України за спеціальністю «Неврологія», керівник відділу судинної патології головного мозку Інституту неврології, психіатрії і наркології АМН України (м. Харків), заслужений діяч науки та техніки України, доктор медичних наук, професор Тамара Сергіївна Міщенко висвітлила основні напрями вдосконалення інсультної допомоги в Україні.



— Україна належить до країн з високими показниками смертності та інвалідизації внаслідок інсульту. Серед заходів, спрямованих на зменшення соціального тягаря цієї патології і вже реалізованих у рамках Державної програми профілактики та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, слід відзначити відкриття судинних центрів і відділень нейрореабілітації у деяких регіонах країни, але на сьогодні охоплення населення спеціалізованою допомогою у разі інсульту залишається далеким від необхідного. Напрями подальшої роботи пов'язані з усіма ланками медичної допомоги.

По-перше, необхідно оптимізувати роботу служби швидкої медичної допомоги з метою підвищення якості надання допомоги хворим із гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) на догоспітальному етапі. На жаль, у багатьох випадках має місце затримка госпіталізації пацієнтів, а деякі хворі з підозрою на інсульт взагалі залишаються без належної допомоги. Дуже незначний відсоток хворих госпіталізують у стаціонар в межах терапевтичного вікна реперфузійних стратегій за наявності ішемічного інсульту, яке віднедавна розширене до 4,5 год. А це означає, що медикаментозне розчинення тромбу мозкової артерії для відновлення кровотоку в ішемізованій ділянці мозку, визнане одним з найефективніших методів лікування ішемічного інсульту, проводиться в нашій країні лише в поодиноких випадках.

Для адекватного лікування необхідно забезпечити своєчасну діагностику: запровадити цілодобове чергування спеціалістів із комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії в закладах, що мають необхідне обладнання.

Діючі регіональні клінічні центри не можуть суттєво вплинути на ситуацію з інсультом у масштабах країни, адже, за статистикою, принаймні половина хворих проживає в сільській місцевості. Можливий шлях вирішення проблеми — розширити мережу первинних відділень з надання допомоги у разі інсульту на базі багатопрофільних

районних та обласних лікарень за умови їх належного оснащення та укомплектування штату.

Потребують більш широкого впровадження методи нейрохірургічного лікування геморагічних інсультів; рання мультидисциплінарна реабілітація хворих, які перенесли інсульт; комплексна вторинна профілактика порушень мозкового кровообігу (25% інсультів в Україні є повторними) із застосуванням антигіпертензивних, антитромботичних засобів, статинів, а також хірургічних способів зниження ризику тромбозу в басейнах сонних артерій.

У цих напрямках наразі працюють фахівці різних спеціальностей, адже лише спільними зусиллями за підтримки держави, засобів масової інформації та громадських організацій спеціалісти можуть вплинути на ситуацію з інсультом в Україні.

Виконавчий директор ВГО УАБІ Марина Віталіївна Гуляєва конкретизувала результати роботи організації в напрямі виявлення факторів ризику інсульту серед населення та інформування громадян про ознаки та наслідки інсульту.



— На сьогодні в громадських акціях боротьби з інсультом, організованих ВГО УАБІ в різних містах України, взяли участь близько 100 тис. громадян, у яких проведено понад 200 тис. вимірювань артеріального тиску. Результати свідчать про загрозливу ситуацію з найвагомішим фактором ризику інсульту — нелікованою артеріальною гіпертензією. Серед учасників акції 38% громадян уперше дізналися про наявність у них підвищеного артеріального тиску. Крім того, в результаті опитувань було виявлено, що у багатьох українців одночасно присутні 3-4 фактори серцево-судинного ризику.

Цього року голова Всесвітньої асоціації боротьби з інсультом Володимир Хачинський запропонував провести День боротьби з інсультом під гаслом-зверненням до кожного жителя планети: «Що ти можеш зробити сам для того, щоб уникнути інсульту?». На підтримку світової ініціативи з пропаганди здорового способу життя, зокрема спорту та фізичної активності, наша асоціація планує провести акцію «Марш проти інсульту», і ми вдячні Міністерству сім'ї, молоді та спорту за допомогу в її організації. Для поширення інформації про фактори ризику, перші ознаки інсульту та його наслідки асоціація випускає листівки для пацієнтів поліклінік і стаціонарів, а в цьому році за підтримки компанії «Берінгер Інгельхайм» випущені спеціальні інформаційні талони, що будуть розповсюджуватися серед пацієнтів службою швидкої медичної допомоги на викликах.

Приємно відзначити, що наша робота не даремна, адже щороку в акціях ВГО УАБІ беруть участь усе більше українців, що свідчить про зростання інтересу до проблеми інсульту серед населення.

Фахівець із корпоративних зв'язків компанії «Берінгер Інгельхайм» Сергій Анатолійович Гусельшиков розповів про соціальну відповідальність компанії.



— Участь нашої компанії у нинішньому заході не випадкова. Діяльність представництва в Україні тісно пов'язана з організацією надання допомоги хворим на інсульт і проводиться в кількох напрямках. Насамперед, компанія співпрацює з головними фахівцями областей та міст, бере активну участь у розробці програм спеціалізованої медичної допомоги на регіональному рівні.

«Берінгер Інгельхайм» підтримує Українську асоціацію боротьби з інсультом. У 2008 р. розпочався спільний проєкт — науково-практична школа тромболітизу за інсультом. Слухачами курсу стали 80 лікарів зі всієї України. У листопаді 2010 р. планується наступна школа в рамках національного конгресу «Інсульт та судинно-мозкові захворювання» у м. Києві. Ми сподіваємося, що можливість пройти курс навчання та отримати відповідний сертифікат матимуть усі лікарі, які бажають впроваджувати на місцях метод тромболітичної терапії ішемічного інсульту.

Значну увагу компанія приділяє і науковим аспектам інсультології, оперативно доносить до відома наукового товариства України результати міжнародних клінічних досліджень. Такими, наприклад, стали дослідження ECASS III та SITS-MOST, які дали підстави стверджувати,

що розширення терапевтичного вікна тромболізу з 3 до 4,5 год не знижує ефективності та безпечності цього методу.

Ураховуючи наявність у продуктовому портфелі оригінальних антигіпертензивних і антитромбоцитарних препаратів, особливу увагу компанія приділяє вторинній профілактиці інсульту. Представники «Берінгер Інгельхайм» допомагають лікарям у роботі з хворими, які перенесли інсульт, та пацієнтами груп ризику, надаючи інформаційні матеріали, що сприяють зростанню прихильності хворих до медикаментозної профілактики.

З нагоди Дня боротьби з інсультом у м. Києві 1 листопада спільно з ВГО УАБІ проведено анкетування населення для оцінки поширеності факторів ризику інсульту серед киян та їх прихильності до лікарських профілактичних рекомендацій. Отримані дані будуть враховані під час підготовки просвітницьких матеріалів для груп ризику.

Продовжили нараду провідні фахівці з різних регіонів України, які доповіли про проведену на місцях роботу та внесли пропозиції щодо подальших дій у напрямі вирішення проблеми інсульту.

Головний невролог м. Львова Ганна Михайлівна Пришляк:



— Згідно з програмою, розробленою Львівським міським управлінням охорони здоров'я, у місті в першу чергу було активізовано роботу лікувально-профілактичних закладів щодо виявлення факторів ризику серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань. Починаючи з 2007 р., щороку в травні проводяться масові заходи

з вимірювання артеріального тиску, а також раннього виявлення цукрового діабету. За участю місцевих ЗМІ серед населення міста проводиться пропаганда здорового способу життя. У кожній поліклініці міста, а також на станціях швидкої медичної допомоги розміщені плакати з п'ятьма основними ознаками інсульту. Проведено перевірки достовірності даних щодо поширеності інсульту у м. Львові, смертності та інвалідизації від цієї патології.

На базі Комунальної міської лікарні швидкої медичної допомоги функціонує відділення для хворих із ГПМК, у якому відкрито блок інтенсивної терапії та забезпечена цілодобова робота комп'ютерного томографа, що дало змогу впровадити метод тромболітичної терапії ішемічного інсульту. Препарат Актилізе, отриманий у рамках міської програми, постійно наявний у відділенні. Крім того, лікарня отримала від міста медикаментів на суму близько 42 тис. грн. Невідкладна допомога хворим із ГПМК надається п'ятьма неврологічними бригадами, а також лінійними бригадами швидкої медичної допомоги, персонал яких пройшов відповідне навчання.

У травні 2007 р. за рахунок бюджету міста було завершено реконструкцію приміщень для рентген-операційної, а також монтаж ангиографа, отриманого в рамках Державної програми у вересні 2007 р. За 2008 р. і 9 міс 2009 р. у відділенні інтервенційної радіології виконано близько 500 коронарографій, 400 ангиографій судин головного мозку, 39 емболізацій артеріальних аневризм та артеріо-венозних мальформацій головного мозку.

Завдяки проведеним заходам за підсумками трьох кварталів 2009 р. у місті вперше за останні роки спостерігається зниження захворюваності та смертності від судинно-мозкових захворювань.

На сьогодні найактуальнішою проблемою залишається недостатня інформованість населення про важливість ранньої госпіталізації в разі появи ознак порушення мозкового кровообігу. Ні відділення для хворих із ГПМК, ні відділення інтервенційної радіології не мають сучасних систем моніторингу життєво важливих функцій організму, а також апаратури для дихальної підтримки. Відділення інтервенційної радіології потребує діагностичного та хірургічного інструментарію для проведення ендovasкулярних втручань за патології судин серця та головного мозку. Велику проблему становить відсутність адекватної реабілітації хворих, які перенесли ГПМК. У м. Львові, як і в цілому в області, немає достатньої кількості реабілітаційних неврологічних відділень, що значно ускладнює соціальну адаптацію постінсультних хворих.

Науковий керівник Харківського міського центру гострої цереброваскулярної патології, професор кафедри неврології та нейрохірургії Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук Валентина Олексіївна Яворська:

— За останні роки в неврологічній службі м. Харкова відбулися значні позитивні зрушення, але основні проблеми залишаються невирішеними.

Насамперед у місті відсутній єдиний алгоритм надання медичної допомоги хворим із ГПМК. Унаслідок цього



спостерігаються недоліки в роботі всіх ланок системи охорони здоров'я, починаючи зі служби швидкої медичної допомоги. Багатьох хворих із транзиторними неврологічними порушеннями або незначними порушеннями свідомості працівники цієї служби не поспішають госпіталізувати в стаціонар або взагалі залишають удома. Водночас досвід російських колег свідчить, що своєчасна госпіталізація сприяє зниженню смертності від інсульту на 30%, а інвалідизації — на 70%.

Поліпрагмація та помилки лікування на догоспітальному етапі також мають сумні наслідки. Наведу лише деякі неприпустимі моменти: зниження артеріального тиску за допомогою дибазолу та папаверину, профілактика набряку мозку за допомогою фуросеміду та манітолу до обстеження хворого. Прикрий факт — відсутність запису про час появи симптомів інсульту — унеможливає проведення тромболізу.

Не менш вагомою проблемою є відсутність правової бази надання високотехнологічної допомоги в разі інсульту, зокрема тромболітичної терапії.

Проблеми є і на стаціонарному етапі. Згідно з чинною нормативно-правовою базою як аналог інсультного блоку (stroke unit) на базі нашого центру цереброваскулярної патології працює відділення анестезіології та інтенсивної терапії, що не здатне забезпечити належний рівень допомоги інсультним хворим. Нормування ліжкового фонду для надання невідкладної допомоги хворим із ГПМК є застарілим, наявний дефіцит ліжок. У блоці немає необхідної апаратури моніторингу вітальних функцій.

Водночас для забезпечення населення мегаполіса спеціалізованою інсультною допомогою зроблено чимало важливих кроків. Із 2003 р. на базі міських лікарень №№ 7 та 8 відкрито міський центр гострої цереброваскулярної патології і тромболітичний центр для надання допомоги хворим із мозковим інсультом та інфарктом міокарда. За роки існування центру тромболізу у разі інсульту отримали 27 хворих. Це дуже незначна цифра в масштабах захворюваності на інсульт у мільйонному місті, але позитивним моментом є те, що препарат для проведення тромболітичної терапії повністю забезпечується міським бюджетом, і жодному хворому ми не пропонували придбати дорогі ліки за власні кошти. Для центру розроблені локальні клінічні протоколи проведення тромболізу; налагоджена робота команди фахівців за участю нейрохірургів, які своєчасно вдаються за наявності показань до хірургічного лікування. Створено госпітальний реєстр та електронну базу даних хворих із ГПМК для стаціонару та поліклініки.

В аспекті первинної профілактики наші фахівці беруть активну участь у громадських акціях боротьби з інсультом; проводиться просвітницька робота з лікарями первинної ланки.

На шляху прогресу постають проблеми, які необхідно вирішити в першу чергу.

- Забезпечити послідовність і наступність надання допомоги хворим із ГПМК різними ланками медичної служби, для чого нашими спеціалістами вже розроблені відповідні регламентуючі документи. Кафедра неврології ХМА-ПО спільно з кафедрою медицини невідкладних станів уже зараз готова провести навчання диспетчерів і лікарів швидкої медичної допомоги.

- Переглянути стандарти надання допомоги хворим із ГПМК на догоспітальному етапі з урахуванням сучасних вимог та можливості проведення тромболізу на базі центру гострої цереброваскулярної патології.

- Обновити обладнання нейровізуалізації та забезпечити його цілодобову роботу для ургентної діагностики інсульту. Напруженість магнітного поля магнітно-резонансного томографа для верифікації цереброваскулярної патології повинна становити не менш ніж 2 Тл. На жаль, у нас немає такого томографа, і це в багатьох випадках ускладнює діагностику.

- Побудувати систему послідовної реабілітаційної допомоги хворим, починаючи з інсультного блоку.

- Забезпечити контроль виконання медичним персоналом клінічних протоколів.

Завідувач інсультного відділення Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. О.І. Юшенка Тетяна Григорівна Височанська:

— На базі Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. О.І. Юшенка у 2004 р. створена спеціальна служба з надання медичної допомоги пацієнтам із ГПМК, до складу якої входять: відділення реанімації на 12 ліжок, інсультне відділення з блоком інтенсивної терапії на 15 ліжок, нейрохірургічне відділення на 45 ліжок та відділення цереброваскулярної патології на 60 ліжок. Центр оснащено спіральним комп'ютерним томографом із можливістю проведення цифрової ангиографії, апаратом ультразвукової



діагностики для сканування судин голови та шиї, необхідним лабораторним обладнанням, приліжковими моніторами та апаратом штучної вентиляції легень.

Протягом останніх 1,5 року на базі інсультного відділення впроваджено метод медикаментозного тромболізу, за весь час виконано 6 таких процедур. Вінницьким управлінням охорони здоров'я видано спеціальний наказ про термінове направлення жителів м. Вінниці з підозрою на ГПМК до нашого центру. У зв'язку з тим що лікарня розташована в обласному центрі, можливість госпіталізації хворих із віддалених районів області у терміни терапевтичного вікна значно обмежена.

Зусиллями адміністрації обласної лікарні за підтримки місцевої влади та за кошти обласного бюджету забезпечена вся необхідна матеріально-технічна база для ведення інсультних хворих, включаючи запас препарату для проведення тромболізу. Незалежно від того, проводився тромболізу чи ні, хворі з ГПМК залишаються в інсультному відділенні обласної лікарні, оскільки лише тут можуть бути належним чином обстежені й отримати адекватну невідкладну та ранню реабілітаційну допомогу.

Цілодобовий телефонний зв'язок з районами дає можливість фахівцям нашого клінічного центру проводити дистанційне консультування щодо ведення хворих з ГПМК у будь-яких лікувальних закладах області. Створена дієва система контролю якості надання медичної допомоги, що охоплює всю неврологічну службу області. У разі виникнення ускладнень хворих контролювано направляють до нашого відділення. Протягом 2008 р. в обласному інсультному відділенні отримали лікування 687 пацієнтів, у відділенні цереброваскулярної патології — 1181 пацієнт; за 9 міс поточного року — 514 та 900 хворих відповідно.

В обласному інсультному відділенні смертність від інсульту значно нижча, ніж у цілому в Україні. У 2008 р. вона становила 5,2%. Такий показник забезпечується системою заходів інтенсивного догляду за хворими та профілактики загрозливих ускладнень гострого періоду інсульту, таких як пневмонія, пролежні, тромбоемболія легеневої артерії, декомпенсація соматичних захворювань. Для вдосконалення надання спеціалізованої допомоги у разі інсульту були проведені тренінги та теоретичні конференції для неврологів і лікарів служби швидкої медичної допомоги за активної участі кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. На базі нашого відділення періодично проводяться тренінги для лікарів та середнього медичного персоналу лікувальних установ області.

Для подальшого розвитку інсультної служби регіону та впровадження сучасних стандартів надання невідкладної допомоги хворим із ГПМК необхідно відповідним чином обладнати міські та міжрайонні неврологічні відділення, підвищити кваліфікацію персоналу, забезпечити реанімобілями Центр медицини катастроф та станції швидкої медичної допомоги м. Вінниці.

Керівник Центру тромболітичної терапії на базі міської лікарні № 5 м. Маріуполя Євген Володимирович Шепотинник:



— Ще 10 років тому в м. Маріуполі було відкрито нейросудинне відділення для лікування хворих із ГПМК, що дало можливість підвищити частоту госпіталізацій за інсультом до 80%. У 2007 р. на виконання Державної програми профілактики та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань за сприяння обласного

та міського відділів охорони здоров'я на базі міської лікарні № 5 м. Маріуполя був організований центр тромболітичної терапії. Відкриттю центру передувало налагодження ефективної взаємодії терапевтичної, кардіологічної, неврологічної служб міста та служби швидкої медичної допомоги з метою забезпечення своєчасного виявлення основних симптомів інсульту та спрямування хворих до нейросудинного відділення. У складі центру — діагностичне, нейрореанімаційне, нейрохірургічне відділення, а також клінічна лабораторія, що працює цілодобово та забезпечує необхідний обсяг досліджень. Центр обладнаний двома комп'ютерними томографами, магнітно-резонансним томографом, апаратами ультразвукової діагностики та електроенцефалографічного моніторингу. Кожна ланка медичної служби, що бере участь у наданні допомоги хворим із ГПМК, забезпечена відповідними алгоритмами дій. Так, у разі виявлення персоналом швидкої медичної допомоги кандидата на проведення тромболізу

Продовження на стор. 8.

29 жовтня — День боротьби з інсультом в Україні. Що зроблено і що потрібно зробити?

Продовження. Початок на стор. 6.

диспетчер негайно повідомляє про це наш центр, і в момент доставки пацієнта на нього вже чекають у приймальній відділенні невролог, реаніматолог та лаборант для взяття аналізів, у стан готовності приводиться діагностичне обладнання, що значно скорочує проміжок часу до надання адекватної невідкладної допомоги, в тому числі здійснення тромболітичної терапії. Тромболізіс проводиться в умовах нейроанестезії згідно з клінічним протоколом. Починаючи з 2007 р., виконано 18 процедур; 75% пацієнтів, у яких було застосовано цей метод, стали до роботи.

Із 2007 р. рішенням сесії міської ради на закупівлю тромболітиків та супутнє медикаментозне забезпечення тромболітичної терапії щорічно виділяється з міського бюджету 100 тис. грн. Крім того, у цьому році за рахунок державного бюджету ми отримали 10 флаконів Актилізе, що становить лише близько 8% від розрахункової потреби для м. Маріуполя. У подальшому розраховуємо на більшу допомогу держави.

Завідувач відділення судинної неврології Івано-Франківської обласної клінічної лікарні Ганна Степанівна Чмир:



— В Івано-Франківській області протягом року реєструється близько 2,5 тис. мозкових інсультів, причому кожен четвертий — у осіб працездатного віку. Госпіталізуються 95% хворих. В області працює 3 відділення судинної неврології загальною потужністю 135 ліжок. У відділенні судинної неврології обласної клінічної лікарні розгорнуто 6 ліжок інтенсивної терапії. Готуються до відкриття палати інтенсивної терапії у двох інших відділеннях. У районах області хворі з ГПМК госпіталізуються до неврологічних і реанімаційних відділень; вирішується питання про відкриття палат інтенсивної терапії у неврологічних відділеннях великих районів.

Сьогодні на виконання Державної програми профілактики та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань залучені кошти місцевого бюджету. Зокрема, отримано 12 флаконів тромболітичного препарату Актилізе на суму майже 50 тис. грн. Тромболізіс у хворих на ішемічний інсульт проводиться у нашому відділенні з 2007 р. Усього виконано 11 процедур: 5 — із повним відновленням функцій, 5 — із частковим, 1 — без ефекту. Метод застосовувався як у жителів обласного центру (5 випадків), так і в пацієнтів із прилеглих районів (6 випадків), які були госпіталізовані в межах 3-годинного терапевтичного вікна.

Для забезпечення можливості проведення тромболізу організована цілодобова робота комп'ютерного томографа та чергування невролога у відділенні судинної неврології, відпрацьовано механізм оповіщення про госпіталізацію хворого — кандидата на проведення реперфузійної терапії. Завдяки цим заходам проміжок часу від доставки хворого у приймальне відділення до введення тромболітичного засобу вдалося скоротити до 20 хв.

Для покращення ситуації з госпіталізацією хворих у неврологічне відділення у 2007 р. обласним управлінням охорони здоров'я видано наказ, яким затверджено алгоритм дій медперсоналу на догоспітальному етапі в разі виявлення хворого на інсульт. Минулого року обласним неврологом в усіх районах області були прочитані лекції для неврологів, кардіологів, терапевтів, реаніматологів та лікарів швидкої медичної допомоги на тему сучасних принципів діагностики та лікування інсульту. Для широкої аудиторії громадян були підготовлені виступи на місцевому телебаченні з інформацією про причини, перші ознаки інсульту і необхідність своєчасного звернення за медичною допомогою.

У 1998-1999 р. створено реєстр інсульту в області та отримано істинні показники захворюваності й смертності від цієї патології, які дещо відрізнялися від даних офіційної статистики. Завдяки цьому облік пацієнтів із судинною патологією головного мозку в області був суттєво вдосконалений.

Досить плідною є робота обласних нейрохірургів, які протягом року успішно прооперували 23 хворих із геморагічним інсультом, 3 пацієнтів з артеріальними аневризмами головного мозку, а також виконали 26 ангиографій.

Серед проблем, що перешкоджають впровадженню сучасних методів лікування інсульту в області, відзначаю

недостатню забезпеченість обласної лікарні препаратом для тромболітичної терапії та пізні звернення хворих із ГПМК за медичною допомогою, що потребує посилення санітарно-просвітницької роботи з населенням. Спостерігається значне зростання частоти геморагічних інсультів на ґрунті гіпертонічної хвороби, особливо в осіб працездатного віку. Страждає реабілітаційна ланка інсультної допомоги. Фактично реабілітація проводиться лише на етапі стаціонарного лікування у неврологічних відділеннях. За кошти фонду соціального страхування є можливість повноцінно реабілітувати лише 30-35 хворих на рік, у той час як потребують реабілітації близько 600 пацієнтів працездатного віку.

Керівник Волинського обласного центру кардіоваскулярної патології і тромболізу, доктор медичних наук, професор Андрій Володимирович Ягєнський:



— У 2005 р. на базі Луцької міської клінічної лікарні відкрито Волинський обласний центр кардіоваскулярної патології і тромболізу, до складу якого увійшли три відділення: кардіологічне на 60 ліжок із палатами інтенсивної терапії, неврологічне на 70 ліжок і реабілітаційне на 40 ліжок. Таким чином ми намагалися вирішити міждисциплінарну проблему надання невідкладної допомоги у разі ГПМК та інфаркту міокарда, а також забезпечити адекватний рівень реабілітації хворих після судинних катастроф.

Щодо впровадження реперфузійних методів можу відзначити, що на сьогодні досягнуто досить значних успіхів в ургентній кардіології (на даний момент виконано близько 90 процедур тромболізу за інфаркту міокарда), але в інсультній службі результати не такі блискучі — всього 8 процедур, хоча у 2006 р. наш центр став першим у Західній Україні, в якому було виконано тромболізіс за гострого ішемічного інсульту. Наразі єдиною регіональною програмою з фінансування високотехнологічних методів надання допомоги у разі судинних катастроф у м. Луцьку немає, тому перші спроби впровадження методу тромболізу були зроблені в основному за кошти самих пацієнтів. Певний оптимізм вселяє започаткування державного фінансування. Однак за два роки таким чином ми отримали лише 27 доз Актилізе для лікування і кардіологічних, і неврологічних хворих, хоча все-таки перевагу надаємо пацієнтам з інсультом. Водночас діагностичне оснащення центру дає можливість застосовувати метод значно ширше. Тромболізіс у інсультних хворих проводиться в палатах інтенсивної терапії кардіологічного відділення під постійним наглядом невролога, там же пацієнти проводять першу добу, оскільки лише ці палати обладнані належним чином для проведення подібних втручань. На наш погляд, така співпраця неврологів і кардіологів є досить успішною, адже у кардіологів традиційно більший досвід роботи з тромболітиками.

Приємно спостерігати, як навчання, проведені з лікарями швидкої медичної допомоги, дають результат. Частка своєчасно госпіталізованих до стаціонару пацієнтів із ГПМК і гострим коронарним синдромом збільшується. На мою думку, немає потреби у спеціалізованих кардіологічних чи неврологічних бригадах, оскільки на приїзд спеціалізованої бригади за адресою, повторний огляд хворого та прийняття рішення витрачається значно більше часу, ніж на доставку пацієнта у стаціонар лінійною бригадою.

У поточному році нашими фахівцями була проведена школа тромболізу для районних фахівців. Можна зазначити, що за належного забезпечення препаратами вони вже готові впровадити метод у свою роботу. Але при цьому слід наголосити, що існують суттєві відмінності обставин та можливостей надання невідкладної допомоги між великими та малими містами. Так, у м. Луцьку з населенням близько 200 тис. жителів суттєвих труднощів з госпіталізацією хворих не спостерігається. Очевидно, важливу роль відіграють задовільна дорожно-транспортна доступність та відносно невелика територія міста, чого не скажеш про мегаполіси. Водночас кадровий і матеріально-технічний потенціал районів значно менший, ніж у великих промислових центрах. Можливо, ці відмінності слід враховувати під час перегляду стандартів та розробки організаційних заходів із надання невідкладної медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда та інсульт.

Підвищення якості лікування хворих є важливим завданням, але найважливішою є первинна та вторинна профілактика судинних подій. Ще в 1999 р. у рамках Національної програми боротьби з артеріальною гіпертензією

в м. Луцьку було створено центр профілактики цієї поширеної патології, досить активно проводилася скринінгова та просвітницька робота серед населення регіону. А нещодавно проведене спільно з польськими колегами дослідження показало, що постінсультні хворі лікуються значно гірше, ніж пацієнти, які перенесли інфаркт міокарда. Виявилось, наприклад, що постінсультні хворі в середньому отримують меншу кількість антигіпертензивних препаратів і мають вищі показники артеріального тиску, ніж хворі після інфаркту міокарда.

Окрема проблема — реабілітація хворих. У нашому місті є навчальний заклад, що готує фахових реабілітологів, але штатний розпис лікарень не передбачає таких спеціалістів. Наявна в Україні практика санаторно-курортної реабілітації себе не виправдовує ані економічно, ані з точки зору ефективності, а ініційовані нами спроби запровадити систему активної амбулаторної реабілітації на місцях хоча б у вигляді проекту поки що не дали результатів з причин різного підпорядкування джерел фінансування етапів реабілітації.

Керівник відділення інтенсивної терапії Тернопільської обласної клінічної психоневрологічної лікарні Андрій Миколайович Мусєнко:



— Від моменту надходження хворого з гострим ішемічним інсультом для проведення реперфузійної терапії до відділення нейроанестезії або інтенсивної терапії ним починають займатися анестезіологи та медсестри-анестезистки. Постає питання: який відсоток спеціалістів з інтенсивної терапії та середнього медперсоналу пройшов відповідне навчання з підготовки хворих до проведення тромболізу? Є пропозиція проводити таке навчання спільно з Асоціацією анестезіологів, що може значно розширити коло спеціалістів для оволодіння необхідними знаннями та навичками.

Наступним, і не менш важливим, є питання матеріально-технічного забезпечення відділень інтенсивної терапії. В разі надходження кандидата на реперфузійну терапію завжди є вільний апарат респіраторної підтримки, передбачений клінічним протоколом. Така сама ситуація складається з інфузоматами, без яких неможливо розпочати введення тромболітика. У зв'язку з цим, на нашу думку, доцільною є пропозиція виділити найнеобхідніше обладнання, яке б постійно зберігалось у відділеннях і застосовувалося лише для проведення тромболітичної терапії.

У відділенні інтенсивної терапії Тернопільської обласної клінічної психоневрологічної лікарні наразі проведено лише 6 процедур тромболізу (всі успішні), але вищезазначені проблеми та пропозиції щодо їх вирішення були сформульовані саме на підставі цього досвіду.

Голова Нейрохірургічної асоціації Дніпропетровської області, доктор медичних наук, професор Микола Олександрович Зорін:



— Приємно бачити, що сьогодні впровадження світових стандартів надання допомоги інсультним хворим відбувається в багатьох регіонах країни. Однак, на мою думку, без підтримки держави та цільового фінансування поодинокі приклади окремих клінічних центрів не вплинуть на ситуацію в масштабах країни. Дніпропетровська нейрохірургічна служба є лідером в освоєнні новітніх технологій лікування судинної патології головного мозку, і ми могли б використовувати свій кадровий потенціал значно ширше за належної підтримки з боку держави. Прикро, що такої підтримки ми майже не відчуваємо, тому за потреби в сотнях втручань виконуємо лише десятки.

* * *

Підсумовуючи роботу круглого столу, професор М.Є. Поліщук ще раз наголосив на пріоритетності та економічній доцільності заходів первинної профілактики судинно-мозкових захворювань та висловив думку про необхідність більш активного залучення органів місцевої влади до впровадження високих технологій лікування та реабілітації інсультних хворих у регіонах країни.

Підготував **Дмитро Молчанов**