

Т.Г. Височанська, завідувач відділенням, О.В. Височанський, Л.В. Вознюк, Г.Г. Гельман, Н.В. Карпенко, Т.В. Костенко, Н.В. Коробчук, І.В. Капітанчук, С.І. Матіюк, Є.В. Паненко, М.М. Черній, Ю.В. Чирка, спеціалізоване інсультне відділення Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. О.І. Ющенка

Вживання пацієнтів із гострим порушенням мозкового кровообігу після лікування в умовах інсультного відділення

Інсульт – поширена причина смертності, первинної інвалідності, тимчасової і/або стійкої непрацездатності. Перебіг та наслідки інсульту визначаються локалізацією та об'ємом інфаркту, явищами набряку мозку, а також наявністю супутньої патології та/або розвитком ускладнень (пневмонія, пролежні, уросепсис та ін.). Згідно зі статистичними даними, протягом перших 30 днів після інсульту помирає близько 15-25% хворих. При атеротромботичному і кардіоемболічному інсультах смертність вища, при лакунарному інсульті вона становить всього 2%. Причина смерті в половині випадків – набряк мозку та вплив цього явища на життєво важливі функції стовбура мозку, в решті випадків – пневмонія, декомпенсація серцевої патології, емболія легеневої артерії, ниркова недостатність. Майже половина летальних наслідків у перші дві доби від початку захворювання пов'язана з розміром ішемічного вогнища та набряком головного мозку. З тих пацієнтів, що вижили, приблизно 60-70% мають інвалідизуючі неврологічні розлади до 30-го дня після епізоду гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК).

Надання допомоги пацієнтам з інсультом у спеціалізованих інсультних відділеннях супроводжується зниженням летальності серед цієї категорії хворих на 25% (Rudd A.G. et al., 2005). Інші дослідження також підтвердили ефективність організованої допомоги хворим на інсульт у спеціалізованих відділеннях (центрах) (Brainin M. et al., 2000; van der Walt A. et al., 2005).

На базі Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. О.І. Ющенка в 2004 р. відкрито інсультне відділення в структурі Центру ендосудкулярної нейрохірургії. Відповідна кадрова та матеріально-технічна комплектація створює можливості надання обширного спектра спеціалізованої лікувальної та реабілітаційної допомоги пацієнтам з ГПМК – мешканцям Вінницької області та м. Вінниці.

Принципи організації роботи відділення і обов'язкові вимоги для всіх інсультних відділень:

- наявність ліжок, спеціально призначених для хворих з інсультом;
- доступність КТ або МРТ, пріоритетність обстеження пацієнтів із гострим інсультом;
- комплектація мультидисциплінарної бригади спеціалістів і середнього медичного персоналу зі спеціальною підготовкою щодо інсульту;
- наявність письмових клінічних протоколів роботи для кожного із членів мультидисциплінарної бригади;
- можливість ранньої мобілізації хворих і проведення реабілітаційних заходів;
- безперервне підвищення рівня знань персоналу, а також пацієнтів та їх близьких.

В інсультній палаті (блоці) проводиться постійний моніторинг рівня свідомості та неврологічного статусу хворого із використанням спеціальних клінічних шкал, контроль артеріального тиску, електрокардіографічних та електроенцефалографічних показників, температури тіла, рівня глюкози й оксигенації крові та інших життєво важливих параметрів гомеостазу. Також обов'язково з'ясовують, чи здатний пацієнт ковтати (відсутність або наявність дисфагії), проводять адекватний догляд за шкірою і профілактику пролежнів, зміну положення тіла, профілактику тромбозу глибоких вен, раннє виявлення можливих ускладнень.

Єдиним методом патогенетичного лікування гострого ішемічного інсульту, ефективність якого доведена у великих багаточисельних дослідженнях, є системна тромболітична терапія рекомбінантним тканевим активатором плазміногену (tPA). Застосування тромболітизу у межах терапевтичного вікна (до 4,5 години від появи перших симптомів ГПМК) дає змогу на 30% знизити рівень інвалідизації хворих. Належна організація надання допомоги пацієнтам із гострим порушенням мозкового кровообігу в умовах ВОПНЛ (наявність комп'ютерного томографа, можливість обстеження протягом доби, цілодобове чергування лікаря-невролога, наявність локального протоколу) дала змогу застосовувати тромболітичну терапію. Уперше процедуру тромболітизу провели 2007 р. У наступні роки прогресивно збільшувалась кількість хворих, у лікуванні яких була застосована тромболітична терапія. Вона суттєво вплинула на відновлення

втрачених функцій, ступінь незалежності в побуті, рівень фізичної активності пацієнтів і зменшила їх інвалідизацію після перенесеного ішемічного інсульту. З 2007 р. по теперішній час у інсультному відділенні проведено 96 процедур системного тромболітизу та 2 процедури внутрішньоартеріального тромболітизу в умовах відділення нейрохірургії.

Після виписки з відділення хворі були направлені на доліковування у відділення реабілітації, в лікарню за місцем проживання або додому для продовження лікування під наглядом сімейного лікаря згідно з отриманими в інсультному відділенні індивідуальними рекомендаціями щодо активізації та вторинної профілактики інсульту.

При виписці з відділення пацієнт отримує:

- 1) витяг з історії хвороби – вичерпну інформацію про стан свого здоров'я;
- 2) результати обстежень та рекомендації щодо вторинної профілактики інсульту згідно з сучасними поглядами на проблему інсульту;
- 3) інструкцію з догляду за хворим із грубим неврологічним дефіцитом у домашніх умовах;
- 4) рекомендації з догляду за лежачими пацієнтами (при необхідності);
- 5) рекомендації щодо контролю цукру крові, артеріального тиску та гіпохолестеринної дієти;
- 6) листівку «Як запобігти інсульту»;
- 7) перелік необхідних медикаментів для вторинної профілактики гострих порушень мозкового кровообігу з чітким наданням дози та терміну застосування ліків, посібник для хворих «Абетка догляду за пацієнтами після інсульту».

На матеріалі нашого інсультного відділення проводяться власні дослідження ефективності надання спеціалізованої допомоги.

Метою даного дослідження було оцінити вживання хворих з ГПМК після лікування в умовах спеціалізованого інсультного відділення ВОПНЛ ім. О.І. Ющенка. Проведено телефонне опитування 100 пацієнтів з ГПМК та родичів тих хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в інсультному відділенні з листопада 2012 по квітень 2013 року (чоловіків – 60, жінок – 40). Згідно зі встановленими критеріями госпіталізації в обласне інсультне відділення всі пацієнти направлялися зі станом по шкалі ком Глазго більше 8 балів. Середній вік опитаних хворих становив 65,5±25 років. Серед них з ішемічним інсультом було 80 пацієнтів (80%), з геморагічним інсультом – 20 (20%).

Згідно з критеріями TOAST випадки ішемічного інсульту розподілені наступним чином:

- кардіоемболічний інсульт – 21%,
- криптогенний інсульт – 24%,
- атеротромботичний інсульт – 21%,
- лакунарний інсульт – 12%,
- інша визначена причина – 2%.

У термін до 30 днів померло четверо хворих, троє з них – після перенесеного ішемічного інсульту (1 випадок – криптогенний, 2 – кардіоемболічний інсульт), один – після геморагічного інсульту (латеральний варіант). У пацієнтів з ішемічним інсультом під час перебування в інсультному відділенні виникли такі ускладнення: застійні явища в легенях, набряк мозку, шлунково-кишкова



Т.Г. Височанська

кровотеча на фоні декомпенсованої соматичної патології (постійна форма фібриляції передсердь, гіпертонічна хвороба III ст.). Середній вік у цій групі хворих становив 76,5±8 років. При надходженні стан цих пацієнтів був важким (від 15 до 22 балів за шкалою NIHSS), при виписці неврологічний дефіцит залишався грубим. Усі хворі були виписані додому з відповідними медикаментозними рекомендаціями для продовження лікування під наглядом сімейного лікаря.

Протягом наступного періоду строком до 90 днів померло ще п'ять пацієнтів. Їх середній вік становив 68±5 років. При надходженні до лікарні у цих хворих був виражений неврологічний дефіцит (по шкалі NIHSS 12-21 бал), під час перебування в інсультному відділенні перебіг інсульту ускладнився застійними явищами в легенях, набряком мозку. При виписці у чотирьох пацієнтів залишався значний неврологічний дефіцит, незважаючи на позитивну динаміку за шкалою NIHSS – 19 балів у трьох випадках та 6 балів в одному випадку.

Усі хворі дотримувалися рекомендацій, які отримали в інсультному відділенні, та перебували під наглядом сімейного лікаря. В усіх випадках пацієнти померли в домашніх умовах раптово. Таким чином, серед хворих, які були виписані додому після лікування в інсультному відділенні, у період до 30 днів померло чотири пацієнти, загалом через 90 днів – дев'ять хворих, що становить 9%.

Висновки

Запорукою успішного лікування пацієнтів з ішемічним інсультом є надання ургентної допомоги в умовах спеціалізованого відділення з використанням його відповідної матеріальної забезпеченості та наявності злагодженої роботи мультидисциплінарної команди. Варто оцінювати результат проведеного лікування та застосованої процедури тромболітизу при виписці, через 30 днів та через 90 днів. Такий підсумок дозволяє відзначити суттєву позитивну різницю в стані хворих. Аналіз отриманих даних диктує необхідність більш широкого впровадження сучасного лікування ішемічного інсульту в умовах спеціалізованого відділення, що дозволяє позитивно вплинути на рівень вживання, ступінь інвалідизації та покращити якість життя пацієнтів та їх найближчого оточення після перенесеного інсульту.

Новости

Стабільний контроль артеріального тиску зменшує ризик повторних інсультів

Постоянство контролю артеріального тиску (АД) асоціюється з меншою частотою повторних інсультів по даним post hoc аналізу дослідження VISP (Vitamin Intervention for Stroke Prevention), опублікованого в журналі Stroke 27 марта.

В дослідженні VISP включили 3680 пацієнтів, яких наблюдали два года после перенесенного первого инсульта. Пациентов распределили в подгруппы в зависимости от количества визитов к врачам, во время которых измеренные уровни АД находились в пределах целевых значений (<140/90 мм рт. ст.): меньше 25, 25-49, 50-74, 75% и больше. В этих подгруппах сопоставляли влияние контроля АД на частоту повторных инсультов (первичная конечная точка) или инсультов, инфарктов миокарда и сосудистой смерти (вторичная комбинированная конечная точка), используя многофакторные статистические модели для учета демографических и клинических различий между пациентами.

Результаты подтвердили сильную связь качества контроля АД и вероятности развития повторных инсультов, а также недостатка контроля АД в амбулаторной практике. АД контролировалось 75% времени менее чем у одной трети пациентов. Пациенты с исходным систолическим АД выше 152 мм рт. ст., чье АД находилось в пределах целевых значений 75% и больше времени, имели вдвое меньший риск развития повторных инсультов и других сосудистых катастроф по сравнению с пациентами, у которых АД контролировалось меньше 25% времени амбулаторного наблюдения: относительный риск 0,46 (0,26-0,84) для первичной конечной точки и 0,51 (ДИ 0,32-0,82) для вторичной комбинированной конечной точки.

Риск повторных сосудистых катастроф также зависел от средних значений АД, но статистически эта связь была слабее, чем с вариабельностью АД. Относительные риски у пациентов со средним значением АД меньше 140/90 мм рт. ст. за период наблюдения по сравнению с участниками, у которых среднее АД было выше 140/90 мм рт. ст.: 0,76 (ДИ 0,59-0,98) для повторного инсульта и 0,76 (0,62-0,92) для вторичной конечной точки.

Ведущий автор исследования Amytis Towfighi (Университет Южной Калифорнии, Лос-Анджелес, США) комментирует полученные результаты: «Обычно мы оцениваем качество контроля АД по единичным случайным измерениям во время амбулаторного приема пациентов, но появляется все больше данных о том, что риск повторных сосудистых событий зависит не столько от среднего уровня АД за период наблюдения, сколько от его вариабельности, колебаний в течение суток и дней недели. Давно доказано, что у пациентов с ишемической болезнью сердца постоянство удержания АД в пределах целевых значений 140/90 мм рт. ст. ассоциируется с лучшими отдаленными исходами. Теперь это доказано и в отношении пациентов, перенесших инсульт. Из двух пациентов с одинаковыми средними значениями АД большему риску повторного инсульта подвержен тот, у которого АД образует пики и провалы в течение суток, чем тот, у которого АД стабильно повышено. Если АД так плохо контролировалось в рамках клинического исследования с жестким протоколом, то можно только представить себе, как плохо оно контролируется в рутинной практике. Одно случайное измерение во время визита к врачу не достаточно для оценки риска, необходимо более широко пропагандировать идею домашнего мониторинга и ведения дневников АД для пациентов».

Stroke. Published online March 27, 2014.

Підготував **Дмитрий Молчанов**