

Мозковий інсульт: сучасні виклики



Мозковий інсульт — друга за значимістю причина смерті людства. Показники поширеності цього захворювання зростають, погіршуються показники інвалідності та смертності. В економічно менш розвинених країнах вони на порядок вищі, що перш за все пов'язують із недостатнім медичним обслуговуванням та зростанням впливу факторів ризику. Доступ до первинної медичної допомоги з виявленням пацієнтів з груп ризику, надання їм первинної профілактичної допомоги, доступ до необхідних ліків, обстеження, лікувальних закладів, динамічне спостереження з програмами реабілітації та вторинної профілактики є необхідними етапами надання допомоги хворим. Про тенденції щодо захворюваності на інсульт, методи лікування пацієнтів і сучасні виклики, що постають перед системою охорони здоров'я, розповідає **Марія Прокопів**, доктор медичних наук, професор, виконувач обов'язків завідувача кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Київ), заслужений лікар України.

Маріє Мирославівно, інсульт — проблема охорони здоров'я в усьому світі, пов'язана з високими людськими та соціально-економічними втратами. Сучасний аналіз тенденцій показує, що захворюваність на інсульт та смертність зростає. Чи такою є ситуація в Україні, Києві?

В Україні в останні десятиріччя захворюваність на мозковий інсульт суттєво не змінилася. Однак хочу більш детально зупинитися на ситуації в Києві. Так, за останні 8–10 років рівень захворюваності дорослого населення міста на всі форми церебрального інсульту знижується: у 2022 р. порівняно з 2020 р. він знизився на 2,3 і становив 81,9 на 100 тис. населення. Якщо перевести цей показник у кількість нових випадків інсульту, то у 2022 р. їх відмічено 1962, у 2020 р. — 2246, тоді як у 2012 р. — 4514. Здавалося б, що ця тенденція має нас радувати, однак не все так добре. У нас загальна кількість хворих, що лікуються у стаціонарах міста з приводу інсульту, утримується стабільно великою і становить 7–8 тис. щороку (дані стосуються закладів підпорядкування Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації). Тобто що виходить? Кількість зареєстрованих випадків інсульту утримується стабільною за рахунок виникнення повторних випадків хвороби. Якщо запитати будь-якого невролога, як змінилася ситуація щодо хворих на інсульт у місті, отримаємо відповідь, що до лікарень потрапляють хворі похилого віку із «занедбаною» соматичною патологією, частіше з повторним інсультом, також є хворі молодого віку без соматичних захворювань.

Чому за останні роки в країнах Європи смертність населення від інсульту значно знизилася?

Це є результатом застосування ефективніших методів лікування та зменшення частки інсультів із тяжким перебігом.

Як ви вважаєте, чи впливає воєнний стан на перебіг інсульту?

Систематичні літературні огляди щодо впливу воєнного стану показують, що такі події пов'язані з підвищеним ризиком розвитку ішемічної хвороби серця, інсульту, цукрового діабету, підвищенням артеріального тиску та холестерину, а також збільшенням споживання алкоголю та тютюну. Це стосується також груп вимушено переміщених осіб, де виявляли вищі показники захворюваності на артеріальну гіпертензію (АГ), гіперліпідемію та ожиріння.

Порівняння загального ризику інсульту серед осіб, що проживали в мирний час та в період війни, був вищим в останніх. Збільшення факторів ризику підвищують ймовірність розвитку інсульту на 90%. Особливий акцент робиться на розвитку АГ та гіперліпідемії в осіб молодшого віку. Є навіть такий термін, як «артеріальна гіпертензія воєнного часу» — варіант стрес-індукованої АГ, де ключовим етіологічним чинником є стрес, який запускає низку патогенетичних механізмів розвитку і прогресування захворювань. Постійний психологічний стрес протягом останнього року чи довше незалежно пов'язаний саме з ішемічним інсультом.

Результати досліджень показали, що у людей, які живуть у зонах бойових дій, відзначають вищий ризик серцево-судинних захворювань та інсульту навіть через роки після їх закінчення. Зараз також багато говорять про пост-травматичний стресовий розлад та порушення адаптації в осіб, що зазнали травматичного досвіду війни. На превеликий жаль, на нас очікує така сама ситуація. Тому необхідно вже сьогодні проводити інтенсивні профілактичні заходи у групі ризику, яка піддається хронічному стресу та негативним соціально-економічним умовам життя.

Як приклад, хочу навести 10-річне дослідження вчених з Боснії і Герцеговини, яке включало 6255 пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу. Досліджуваний період охоплював довоєнний, воєнний та післявоєнний періоди. Виявлено, що загальна смертність від інсульту значно зросла під час війни, дещо знизилася після її закінчення, але не досягла довоєнного рівня. Під час війни зафіксована більша кількість пацієнтів з внутрішньомозковими крововиливами, після війни — з атеротромботичним інфарктом головного мозку. Також під час війни виявляли незначне збільшення частки хворих у віковій групі 51–60 років; різниці між статтю не відмічено. Отримані результати вказують на значний вплив воєнних дій на захворюваність і смертність від цереброваскулярних порушень загалом та інсульту зокрема.

Чи залежить ефективність терапії інсульту від застосовуваних методів лікування?

Ефективність лікування будь-якої клінічної форми інсульту залежить у першу чергу від часу початку лікування. Існує дуже хороший вислів, який все пояснює: «Час — це мозок».

На сьогодні доказовими методами лікування, зокрема ішемічного інсульту (інфаркту мозку), є лікування у спе-

ціалізованих центрах (відділеннях), тромболітична терапія (ТЛТ), тромбоекстракція (механічна), застосування ацетилсаліцилової кислоти, декомпресія, попередження і усунення ускладнень, реабілітація.

Світовий досвід з організації допомоги і лікування пацієнтів із мозковим інсультом показує, що кращі результати лікування досягаються за рахунок швидкої (ранньої) госпіталізації і лікування в інсультних центрах (інсультних блоках). На превеликий жаль, у столиці нашої держави не створено жодного інсультного центру. Лікарні міста, які уклали договори з Національною службою здоров'я України, працюють практично як інсультні блоки. За організацією надання допомоги найбільш наближеними до інсультних центрів у місті є КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» та КНП «Олександрівська клінічна лікарня». Хоча на сьогодні багато лікарень докладають великих зусиль щодо забезпечення всього арсеналу допомоги.

У даний час єдиним перевіреним і схваленим методом лікування гострого ішемічного інсульту є швидка реперфузія за допомогою внутрішньовенного тромболітизму та ендovasкулярної тромбектомії. Однак навіть у спеціалізованих інсультних центрах таку допомогу отримують менше 5% пацієнтів з інсультом. Основною проблемою лікування гострого інсульту є неприпустимо велика затримка між початком захворювання та відновленням кровотоку в тканинах головного мозку. Проведене нами ще в період 2016–2017 рр. прагматичне дослідження свідчить, що 46% пацієнтів потрапляють до лікарень через 6 і більше годин, де 74% пізньої госпіталізації пов'язані з недооцінкою свого стану пацієнтом, 10% — безпорадним станом хворого, 6% — відмовою від госпіталізації і 4% — неправильною оцінкою стану хворого медичними працівниками. Думаю, що на сьогодні ситуація дещо покращилася. Свідченням цього є проведені в місті минулого року 344 процедури ТЛТ (порівняно з 63 у 2020 р. і 142 за весь період 2007–2019 рр.), а також 84 тромбоекстракції. Разом з цим слід відмітити, що ефективність ТЛТ дещо знизилася і становила 87,2%. Летальність у місті серед хворих з інсультом утримується на досить високих показниках і становить 16,28 у разі ішемічного інсульту і 44,13 — внутрішньомозкового крововилив (2022 р.).

Отже, скорочуючи затримку між початком захворювання та прийняттям рішення про лікування, можна врятувати життя хворого, знизити летальність та наслідки.

Якою, на вашу думку, має бути реорганізація надання допомоги?

Завданням реформування системи надання допомоги є формування якісно нової системи неврологічної допомоги, де пріоритетними є розвиток первинної медичної допомоги, розвиток системи громадського здоров'я та

впровадження державою безоплатного пакета медичної допомоги. Основною задачею системи охорони здоров'я є профілактична робота серед населення, де акцент повинен робитися на проведенні первинної, вторинної і третинної профілактики. Для цього треба виділити цільові групи (кластери) профілактичного впливу, виділити заклади і виконавців.

Таким чином, первинна профілактика має стосуватися дорослого населення (40 і більше років) і спрямовуватися на профілактику цереброваскулярних захворювань. Тут мають бути задіяні система громадського здоров'я та сімейні лікарі. Перша здійснюватиме епідеміологічний нагляд, моніторинг та аналіз захворюваності, вивчення її впливу на інвалідність, смертність, фактори ризику, розробку і впровадження профілактичних програм з оздоровлення навколишнього середовища, умов праці, життя, формування здорового і відповідального ставлення до особистого здоров'я. Сімейні ж лікарі повинні проводити диспансеризацію: виявляти фактори ризику і розробляти заходи з їх усунення чи зменшення.

Вторинна профілактика має охоплювати осіб з цереброваскулярними захворюваннями і гіпертонічною хворобою і спрямовуватися на профілактику інсульту. Для хворого має бути розроблений індивідуальний план щодо оптимізації способу життя, медикаментозної та фізичної терапії. Пацієнт повинен знати загрозливі симптоми та мати телефон для екстреного звернення.

Третинна профілактика стосується осіб, які перенесли мозковий інсульт. Основним завданням є попередження повторних інсультів та інвалідизації, а також супровід інвалідів (паліативна допомога). Разом з тим, говорячи про профілактику саме інсульту, часто йде мова лише про первинну і вторинну профілактику. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.11.2022 р. № 1967 затверджено Стандарти медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту». Цей документ створений на основі одноіменної клінічної настанови і спрямований для зниження ризику повторних судинних подій. Принагідно хочу нагадати, що в Україні маємо вже також затверджений Стандарт медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі», а також сподіваємося на активну діяльність Робочої групи і найшвидшу підготовку аналогічного документа щодо ішемічного інсульту.

На завершення нашої бесіди хочу сказати, що маю велику надію на те, що ми будемо жити в мирній, квітучій Україні з високим рівнем забезпечення медичною допомогою, в тому числі пацієнтів із цереброваскулярними захворюваннями.