

інфарктами показали, що незважаючи на те, що асимптомні інфаркти не мають клінічних проявів, характерних для ішемічного інсульту, вони більше ніж вдвоє збільшують ризик розвитку когнітивного зниження, вплоть до розвитку деменції. Длительність течення АГ у больних з виявленими асимптомними інфарктами була більше 5 лет и в більшості випадків гіпертонічна хвороба характеризувалась кризовим теченням. С помощью метода суточного моніторингу артеріального тиску (АД) встановлено, що у больних з виявленими асимптомними інфарктами головного мозку відмічалися вищі показники середнього суточного АД, як систолічного, так і діастолічного, а також вищі показники максимального АД. Більшість обстежених больних мали декілька факторів ризику розвитку асимптомних інфарктів головного мозку. Найчастіше зустрічалося поєднання АГ з цукровим діабетом, атеросклеротичним ураженням магістральних артерій голови, гіперхолестеринемією, фібриляцією передсердь і поєднання цих факторів. При проведенні дулькового дослідження сонних артерій у всіх больних з асимптомними інфарктами виявлялися атеросклеротичні ураження сонних артерій в формі утолщення комплексу «інтима-медіа», втрати диференціальної судинної стінки на судині, наявності атеросклеротичних бляшок в просвіті судин.

Полученные результаты дадут возможность разработать лечебно-профилактические мероприятия у данной категории больных.

УДК 616.831-005.1:616/618-08:312.2

КРИТЕРІЇ ЯКОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Т. С. Міщенко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: захворюваність, інвалідизація, смертність, мозковий інсульт, критерії якості

Сьогодні до найпоширеніших хвороб в Україні належать неврологічні захворювання, розповсюдженість яких в останні роки, на жаль, значно збільшилася. У 2009 р. в Україні офіційно зареєстровано 4 913 890 хворих із різними формами неврологічних захворювань.

Перше місце серед неврологічних захворювань посідають цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ), поширеність яких становить станом на 01.01.2010 р. 3 185 686 хворих. У структурі захворюваності на ЦВЗ найбільш важливе значення мають мозкові інсульти (МІ). Щорічно від 100 до 120 тис. мешканців країни вперше захворюють на МІ. 35,5% всіх МІ сталися у людей працездатного віку. Внаслідок МІ щорічно помирає до 40 тис. жителів країни, і 20 тис. втрачають працездатність. Високі показники смертності від МІ в Україні в багатьох випадках обумовлені недосконалістю системи надання допомоги хворим з цієї патологією. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є створення високотехнологічної допомоги хворим із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями. Такі регіональні центри почали створюватись в м. Одесі, Донецьку, Львові. Але ж основною метою є створення спеціалізованих інсультних відділень, що мають спеціально підготовлений персонал та оснащені сучасним обладнанням. Такі відділення повинні бути створені в усіх містах та районних центрах країни та бути доступними цілодобово для всього населення.

Потребує негайного рішення проблема реабілітації інсультних хворих. Реабілітаційні відділення в Україні створені лише в окремих областях, але і вони не відповідають сучасним стандартам надання реабілітаційної допомоги.

Однією із важливих причин, що впливають на смертність та інвалідизацію внаслідок інсульту є недостатня усвідомленість населення щодо симптомів інсульту та необхідності термінової допомоги. Тому в багатьох випадках хворі або їх родичі вчасно не звертаються за допомогою. Працівники швидкої медичної допомоги затримують першочергову

госпіталізацію хворих до стаціонару, а частина хворих взагалі залишається дома без належної допомоги. Дуже малий відсоток хворих госпіталізується до стаціонарів в межах «терапевтичного вікна». Це значить, що тромболітична терапія виконується лише поодиноким хворим.

Удосконалення системи діагностики та лікування хворих на МІ неможливо без впровадження та контролю виконання стандартів та протоколів клінічного ведення пацієнтів у діяльність лікувальних установ, що надають медичну допомогу таким хворим. Критеріями якості надання допомоги хворим на МІ повинні бути: 1) летальність внаслідок інсульту через 1, 3, 12, 24 місяця від початку захворювання; 2) відсоток хворих, повністю незалежних у повсякденному житті пацієнтів, що перенесли інсульт, через 3, 12 місяців; 3) відсоток хворих, що перенесли повторні судинні катастрофи (інсульт, інфаркт міокарду), через 1 та 2 роки після перенесеного інсульту; 4) відсоток хворих, що регулярно приймають препарати для вторинної профілактики МІ, через 1 та 2 роки після перенесеного інсульту; 5) відсоток хворих, що лікувалися у спеціалізованих інсультних відділеннях; 6) відсоток хворих МІ, що госпіталізовані протягом перших 4—5 годин; 7) відсоток хворих з інсультом, яким була проведена КТ головного мозку в перші години захворювання; 8) відсоток хворих на ішемічний інсульт, яким було проведено тромболітичну терапію.

Впровадження індикаторів якості дозволить підвищити відповідальність медичних працівників за стан кожного пацієнта, а також оцінити та порівняти якість надання медичної допомоги хворим на МІ в усіх регіонах країни.

УДК 616.831-005.1-037

КРИТЕРІЇ ВИХОДІВ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Т. С. Міщенко, В. М. Міщенко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: ішемічний інсульт, сприятливий, несприятливий, вихід, фактори ризику

Останнім часом в літературі з'явилось багато робіт, що присвячені проблемі прогнозування виходів мозкового інсульту (МІ). Незважаючи на це, остаточних даних відносно сприятливого та несприятливого виходів інсульту на сьогодні не одержано.

Тому метою цього дослідження стало визначення критеріїв прогнозу виходів ішемічного інсульту.

Для виконання поставленої мети нами було обстежено в динаміці 148 хворих з ішемічним інсультом, з них 92 з підкульовим ішемічним інсультом і 46 — з інсультом у стовбурі мозку. Середній вік обстежених хворих склав 62,8 років.

У роботі були застосовані такі методи дослідження: 1) клініко-неврологічні обстеження хворих з використанням індексу Бартеля та шкали Ренкіна для оцінки їх функціонального стану; 2) психопатологічні з'ясуваннями шкали Гамільтона та опитувальника Бека для виявлення депресивних порушень; 3) психодіагностичні (тест Mini-Mental State Examination — MMSE), методика «Запам'ятовування 10 слів», «Таблиці Шульце») для оцінки стану когнітивних функцій; 4) КТ або МРТ головного мозку; 5) біохімічні; 6) статистичні.

Проведені динамічні дослідження протягом 2-х років дозволили виділити та доповнити основні критерії виходів ішемічного інсульту. За нашими даними до сприятливих критеріїв належать: чоловіча стать, невеликі розміри вогнища, наявність двох і менше факторів ризику МІ, проживання в родині, лікування у спеціалізованих інсультних відділеннях, госпіталізація протягом перших годин від початку захворювання, раннє виконання методів нейровізуалізації, лікування згідно з протоколами ведення хворих, проведення вторинної профілактики та ранній початок реабілітації хворих.

Наші спостереження показали, що раннє застосування нейропротекторів (цитіколіну або церебролізіну) сприяє більш швидкому та вираженому відновленню рухових, мовних функцій, когнітивних порушень.

До несприятливих критеріїв належать: похилий вік, низький рівень свідомості на початку захворювання, тяжкість