

УДК: 616.831-005.1-083.98

А.І. ЗОЗУЛЯ¹, к. мед. н.; І.В. КИТ¹, А.О. КАМІНСЬКИЙ²¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ;²Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги/

Догоспітальний етап геморагічного інсульту

Резюме

Догоспітальний етап геморагічного інсульту

А.И. Зозуля, И.В. Кит, А.А. Каминский

В работе приведены данные анализа 133 случаев острого церебрального геморрагического инсульта с положительным выходом из острого периода и 93 случаев фатального геморрагического инсульта. Все больные госпитализированы в клинику неотложной сосудистой нейрохирургии Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи в течение 2009–2012 гг. Анализу подлежали данные догоспитального и раннего госпитального периодов: определение причины возникновения инсульта, неврологического статуса (особенно состояния сознания), сроки госпитализации, оказания экстренной медицинской помощи, недостатки в лечебной и социально-профилактической работе.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, лечение, догоспитальный этап

Summary

Prehospital Stage of Hemorrhagic Stroke

A.I. Zozulya, I.V. Kit, A.O. Kaminskiy

This paper presents data analysis of 133 cases of patients with acute cerebral hemorrhagic stroke who overcame the acute period and 93 cases of patients with fatal hemorrhagic stroke. All patients were admitted to the hospital of emergency vascular neurosurgery at Kyiv City Clinical Emergency Hospital during 2009–2012. Subject of analysis consisted in the data describing prehospital and early hospital periods: we determined the cause of stroke, neurological status (especially the state of consciousness), hospitalization period, emergency medical care which was provided, weaknesses in medical and social prevention.

Key words: hemorrhagic stroke, treatment, prehospital stage

Судинні захворювання головного мозку є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини.

Відповідно до останніх досліджень в Україні 30-денна летальність при мозковому інсульті становить 30–40%. Протягом першого року помирає близько 50% пацієнтів; у свою чергу, лише 20% повертаються до активного життя [5].

Слід зазначити, що інсульт – це поширена причина первинної інвалідності та тимчасової і/або стійкої втрати працездатності. Медико-соціальна експертиза інвалідів, що перенесли мозковий інсульт, становить проблему внаслідок поширеності даної патології, високого рівня інвалідизації працездатного населення України. Інвалідність після перенесеного інсульту становить 3,2 на 10 тисяч населення, займаючи перше місце серед причин первинної інвалідності [2, 3, 5].

За даними закордонних авторів, щорічні фінансові витрати на лікування і реабілітаційні заходи хворих, що перенесли церебральний інсульт, в країнах Західної Європи становить від 55 до 73 млн доларів США. Непрямі витрати, пов'язані із втраченою трудовою активністю працездатного молодого населення та зменшенням валового національного продукту, взагалі неможливо підрахувати [5, 6].

Зростання поширеності цереброваскулярних захворювань дає підстави вважати проблему боротьби з мозковим інсульту пріоритетним напрямом лікувально-профілактичної роботи медиків усього світу [1, 4, 7, 8].

Мета дослідження – на основі аналізу випадків геморагічних мозкових інсультів розробити заходи, спрямовані на підвищення ефективності діагностики та лікування цієї патології.

Завданням дослідження було проведення аналізу термінів госпіталізації, неврологічного статусу та стану свідомості на момент госпіталізації хворих із нефатальним геморагічним інсульту (основна група) та хворих з фатальним геморагічним інсульту (контрольна група); на підставі отриманих результатів розробити рекомендації щодо профілактичних заходів, спрямованих на зниження смертності хворих від геморагічного мозкового інсульту.

Матеріали та методи дослідження

Для виконання поставлених завдань проаналізовано випадки нефатального та фатального гострого церебрального геморагічного інсульту, які сталися протягом 2009–2012 рр., у клініці невідкладної нейрохірургії (нейросудинного профілю) Київської міської

клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛ ШМД) м. Києва. Аналізували клінічну картину захворювання, динамічне обстеження та лікування, невідкладну допомогу хворим на догоспітальному етапі та на етапі транспортування до лікарні бригадами швидкої медичної допомоги (ШМД). Проведено статистичну обробку отриманих результатів.

Критерії включення у дослідження: вік 18–80 років, гострий період нетравматичного, первинного геморагічного інсульту, госпіталізація в лікарню не пізніше 48 годин від початку захворювання, верифікація характеру процесу методами нейровізуалізації (комп'ютерна томографія – КТ або магнітно-резонансна томографія – МРТ) або під час патологоанатомічного дослідження.

Критерії виключення: вік молодше 18 або старше 80 років, інший характер інсульту (ішемічний, інсульт неуточненого характеру), захворювання головного мозку іншого ґенезу (пухлинні, травматичні тощо), госпіталізація пізніше 48 годин від початку захворювання, підгострий та відновний періоди геморагічного інсульту, геморагічний інсульт, підтверджений лише клінічно.

Основна група складалася із 133 пацієнтів з геморагічним інсультом з позитивним виходом із гострого періоду, в тому числі жінок – 48 (36,09%), чоловіків – 85 (63,91%). Нефатальний інсульт статистично достовірно ($p=0,01$) частіше виникав у чоловіків, ніж у жінок.

Контрольну групу становили 93 випадки фатального церебрального геморагічного інсульту, коли смерть настала не пізніше, ніж до 21-ї доби від початку захворювання. Всі хворі були госпіталізовані у клініку в найгостріший період. Серед них жінок було 35 (37,63%), чоловіків – 58 (62,37%).

Аналіз вікового складу обох груп показав, що статистично достовірно ($p<0,01$) найвища частота виникнення інсульту була у хворих середнього віку (46–59 років). Хворі цієї вікової групи становили 56,39% основної та 52,69% – контрольної групи. Основна та контрольна групи були співставні за статевим і віковим складом.

Результати та їх обговорення

Аналіз проводився на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі. Інтервал часу від моменту появи перших симптомів до огляду в приймальню відділенні КМКЛ ШМД у хворих був різним і варіював від 1 до 24 годин. Визначено кількість випадків

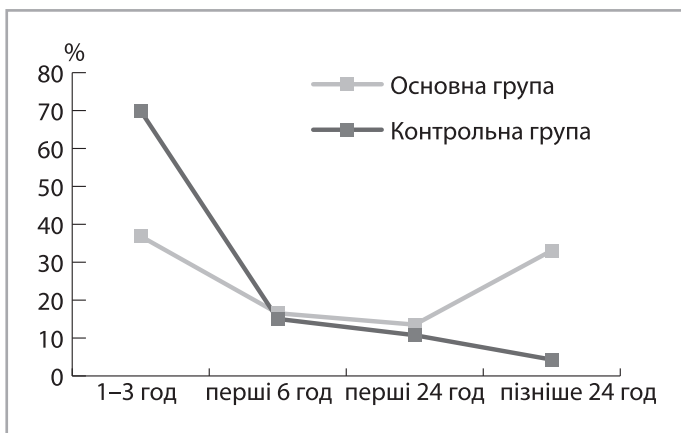


Рис. 1. Госпіталізація хворих залежно від часу початку захворювання

Таблиця 1. Тривалість догоспітального періоду у хворих обох груп

Група		Час, год			
		до 3	від 3 до 6	від 6 до 24	більше 24
Основна група (n=133)	абс. (n)	49	22	18	44
	%	36,84	16,54	13,53	33,08
Контрольна група (n=93)	абс. (n)	65	14	10	4
	%	69,89	15,05	10,75	4,30

госпіталізації протягом перших 3 годин, в інтервалі 3–6 годин, 6–24 години та пізніше 24 годин після появи перших симптомів. На рисунку 1 та в таблиці 1 наведено структуру тривалості догоспітального періоду у хворих обох груп.

Спостерігалася значуща різниця тривалості догоспітального періоду у хворих основної та контрольної груп. Відсоток хворих, які потрапили до лікарні в перші 6 годин захворювання, в основній та контрольній групах суттєво відрізнявся (53,38% та 84,94%).

Вкрай важливим для оцінки якості профілактичної роботи з хворими, що мають фактори ризику інсульту, є рівень пізньої госпіталізації (тривалість догоспітального періоду більше 6 годин). В групі фатального інсульту 15,05% хворих звернулися за допомогою пізніше 6 годин, що звичайно значно погіршувало прогноз відносно життя та одужання. Зокрема, 10,75% хворих потрапили до лікарні в період між 6-ю та 24-ю годинами хвороби, а 4,30% – на другу добу захворювання. Отже, лише дві третини хворих із контрольної групи були госпіталізовані в період терапевтичних можливостей.

В основній групі протягом перших 6 годин захворювання до лікарні потрапило тільки 53,38% хворих. У 46,61% пацієнтів була пізня госпіталізація, зокрема у 13,53% – між 6-ю та 24-ю годинами захворювання, у 33,08% – на другу добу.

Варіабельність дебюту гострого геморагічного інсульту призводить до великої кількості хибних діагнозів на догоспітальному етапі. Встановлення коректного діагнозу не завжди можливе навіть за умов досконалого знання клінічної картини інсульту, оскільки вираженість загально мозкових симптомів та розлади з боку життєво важливих органів можуть нівелювати вогнищеві симптоми. Для підтвердження діагнозу необхідним є виконання нейровізуалізаційних методів дослідження. Авторами був проведений аналіз діагнозів, зазначених при направленні хворих у стаціонар спеціалістами поліклінік та ШМД, при цьому були виключені випадки самозвернення хворих. Таким чином, було проаналізовано 115 випадків (86,47% медичних карт). В цій групі 89 хворих були направлені до стаціонару з діагнозом – гостре порушення мозкового кровообігу. Отже, 89 (77,39%) хворим на догоспітальному етапі медиками був поставлений коректний діагноз. У 16 (13,91%) випадків при направленні до стаціонару спеціалісти ШМД та поліклініки вважали за потрібне диференціювати ГПМК з іншими патологічними станами (зокрема у 6 випадках з ішемічним інсультом, у 2 – з субдуральною гематомою, 2 – з епілептичним статусом, у 6 випадках – із станом після судом). У 10 (8,7%) хворих на догоспітальному етапі виставлено діагноз ГПМК, проте в стаціонарі у 2 випадках діагностовано алкогольну інтоксикацію і у 8 – закрити черепно-мозкову травму.

В контрольній групі 1 хворий звернувся до лікарні самостійно, тому аналізували решту – 92 випадки (98,92% в групі). Помилково були виставлені діагнози у 9 (9,68%) випадках, в подальшому диференціюванню підлягали діагнози при направленні ще у 18 (19,35%) хворих, у решті 65 (69,89%) хворих при направленні лікарями одразу було встановлено діагноз гострого порушення мозкового кровообігу.

В основній групі співвідношення правильних і помилкових діагнозів було 8,9/1; в контрольній відповідно – 7,22/1. Отже, хворим з фатальним інсультом більш часто на догоспітальному етапі встановлювали хибний діагноз порівняно з хворими з нефатальним інсультом. Автори вважають це значною проблемою, яку можна пояснити поєднанням кількох факторів: тяжкість стану хворих, відсутність повної інформації щодо анамнезу життя та захворювання пацієнтів.

Для визначення особливостей клінічної картини церебральної геморагії в найгостріший період було проаналізовано дані об'єктивного обстеження хворих під час госпіталізації з метою виявлення відмінностей у клінічній картині нефатального та фатального геморагічного інсульту. Для цього було проаналізовано наявність і ступінь порушення рівня свідомості при госпіталізації у хворих основної та контрольної груп за шкалою коми Глазго (ШКГ) (табл. 2, рис. 2).

Як свідчать дані, представлені у таблиці 2, у 48 (62,37%) хворих з фатальним інсультом на момент госпіталізації була кома, у 20 (21,51%) – сопор, у 13 (13,98%) – оглушення, і лише 2 (2,15%)

пацієнтів були з ясною свідомістю. В групі нефатального інсульту 51 (38,35%) хворий був у стані оглушення, 21 (15,79%) – у стані сопо-ру, 7 (5,26%) – в комі та 54 (40,60%) пацієнтів були з ясною свідомістю. Загалом хворі з гострим геморагічним інсультом, які померли в стаціонарі, статистично достовірно ($p < 0,05$) частіше мали порушення свідомості вже на момент госпіталізації порівняно з хворими, які вижили в гострий період (97,86% проти 59,4% відповідно). Отже, порушення свідомості в найгостріший період геморагічного інсульту в 3,88 (майже в 4) рази підвищувало ризик фатального результату захворювання.

Таким чином, частіше глибокі порушення свідомості (кома, сопор) спостерігалися у хворих з артеріальною аневризмою, артеріо-венозною мальформацією, проривом крові у шлуночку-ву систему. Хворі з артеріальною гіпертензією були госпіталізовані частіше у стані ясної свідомості або у стані оглушення.

Авторами проаналізовано та представлено розподіл хворих з геморагічним інсультом основної та контрольної груп за глибиною неврологічного дефіциту в день надходження до стаціонару (за Скандинавською шкалою). В таблицю включено лише хворих із внутрішньомозковим крововиливом.

На день надходження до стаціонару у 34 (35,42%) пацієнтів основної групи з геморагічним інсультом було встановлено легкий ступінь неврологічного дефіциту за Скандинавською шкалою, середній ступінь діагностовано у 37 (38,54%) хворих, із тяжким ступенем було госпіталізовано 25 (26,04%) хворих. Легкий ступінь неврологічного дефіциту було встановлено у 2 (9,52%) учасників

Таблиця 2. Рівень свідомості хворих обох груп під час госпіталізації

Рівень свідомості	Кількість балів за ШКГ	Група			
		Основна (n=133)		Контрольна(n=93)	
		Абс. (n)	%	Абс. (n)	%
Ясна	15	54	40,60	2	2,15
Оглушення	13-14	51	38,35	13	13,98
Сопор	9-12	21	15,79	20	21,51
Кома	3-8	7	5,26	48	62,37

Примітка: ШКГ – шкала коми Глазго.

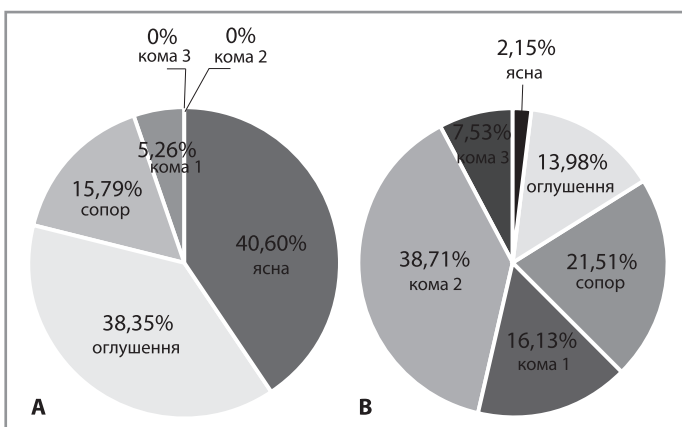


Рис. 2. Рівень свідомості хворих основної (А) та контрольної (В) груп під час госпіталізації

Таблиця 3. Розподіл хворих з геморагічним інсультом основної та контрольної груп за глибиною неврологічного дефіциту в день надходження до стаціонару (Скандинавська шкала)

Ступінь	Бали	Основна група		Контрольна група	
		Абс.	%	Абс.	%
Легкий	40–60	34	35,42	2	9,52
Середній	21–40	37	38,54	3	14,28
Тяжкий	0–20	25	26,04	16	76,19
Всього		96	100,0	21	100,0

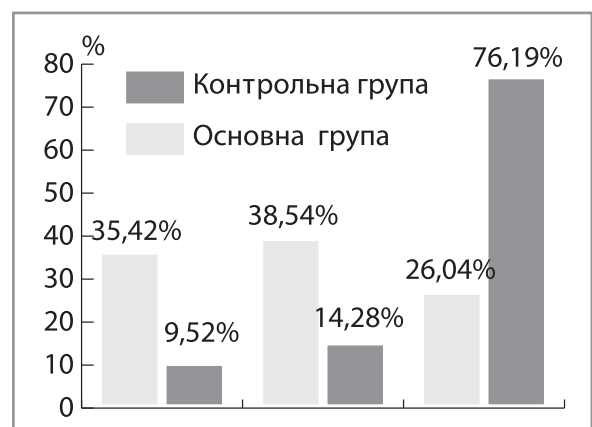


Рис. 3. Глибина неврологічного дефіциту основної та контрольної груп (за Скандинавською шкалою)

контрольної групи, середній ступінь – у 3 (14,28%), тяжкий ступінь неврологічного дефіциту – у 16 випадках (табл. 3, рис. 3).

Таким чином, серед осіб основної групи з геморагічним інсультом переважали хворі з середнім ступенем вираженості неврологічної симптоматики (38,54%), тоді як у контрольній групі переважали хворі з вираженим неврологічним дефіцитом (76,19%).

Висновки

Результати дослідження ілюструють як позитивні, так і негативні моменти в організації допомоги хворим з геморагічним інсультом. Значна частка правильних діагнозів, встановлених спеціалістами ШМД на догоспітальному етапі, свідчить про досвідченість медиків та поступове впровадження етапної моделі лікування інсульту. Однак очевидно, що на етапі первинної профілактики інсульту поки що приділяється недостатня увага інформуванню пацієнтів груп ризику щодо можливого розвитку інсульту та його ускладнень, хворі недостатньо ознайомлені з симптомами інсульту, і це є однією з причин несприятливих результатів лікування.

З огляду на те, що дослідження виконувалося в одній із провідних клінік країни, а також зважаючи на дані статистики захворюваності та смертності від інсультів, можна припустити, що ситуація в інших лікарнях може відрізнятися – і не в кращий бік. Вважаємо за доцільне проведення поглибленого аналізу ефективності етапного мультидисциплінарного підходу до профілактики та лікування інсульту шляхом розробки та впровадження госпітального реєстру інсультів. Отримані в результаті реєстру дані дозволять об'єктивно оцінити ситуацію в кожному медичному закладі і неврологічній службі в цілому та розробити заходи щодо удосконалення допомоги хворим на церебральний інсульт.

Список використаної літератури

1. Захарушкина И.В. Причинные факторы, течение и исходы геморрагического инсульта в молодом возрасте / И.В. Захарушкина, А.С. Деев // Невролог. журн. – 2001. – Т. 6, №5. – С. 15–18.
2. Зозуля І.С. Інсульт. Тактика, стратегія ведення, профілактика, реабілітація та прогнози / І.С. Зозуля, Ю.І. Головченко, О.П. Онопрієнко. – К.: Світ успіху, 2010. – 319 с.
3. Мищенко Т.С. Лечение больных ишемическим инсультом / Т.С. Мищенко // Здоров'я України. – 2004. – №19 (104). – С. 40–41.
4. Назаренко В.Г. Возрастно-половые особенности частоты заболевания и смертности от инсульта среди населения крупного промышленного города Донбасса / В.Г. Назаренко, А.Г. Джоджуа, С.В. Грищенко // Вісник проблем біології і медицини. – 2002. – №6. – С. 49–54.
5. Русина А.В. Медико-социальные особенности больных трудоспособного возраста, перенесших мозговой инсульт / А.В. Русина // Укр. вісник психоневр. – 2005. – №4 (45). – С. 36–38.
6. Caste M. Ishemic stroke / M. Caste, R. Fogelholm, A. Rissanen // Publ. Hlth. – 1998. – Vol. 112. – P. 103–112.
7. Chalmers J. Clinician's manual on blood pressure and stroke prevention / Chalmers J. et al. – London, 2000. – P. 175–179.
8. Vemmos K. Blood pressure monitoring in acute stroke subtype / K. Vemmos, A. Synetos, K. Takis // Cerebrovasc. Dis. – 2000. – Vol. 10. – P. 70.