

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

ЛАТОХА ІЛІЯ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК 616.831-005-002-056.76-083.98

**ЕФЕКТИВНІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ,
ЯКІ НЕ БУЛИ ГОСПІТАЛІЗОВАНІ ДО ПРОФІЛЬНОГО СТАЦІОНАРУ**

14.01.15 – нервові хвороби

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2016

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

Наукові керівники:

доктор медичних наук, професор **Зозуля Іван Савович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, завідувач кафедри медицини невідкладних станів

доктор медичних наук, професор **Лисенко Григорій Іванович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, завідувач кафедри сімейної медицини

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Трінус Костянтин Федорович**, провідний науковий співробітник відділу, ДУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

доктор медичних наук, професор **Дзюба Олександр Миколайович**, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, професор кафедри неврології

Захист дисертації відбудеться « 16 » червня 2016 р. о 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.01 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

Автореферат розісланий «___» _____ 2016 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
к. мед. н., доцент



О.В. Клименко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Кожен рік мозковий інсульт (МІ) переносять близько 16 млн людей, вмирає 5,7 млн. населення планети (Измайлов И.А., 2010; Demaerschalk O., 2013). Частота гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) в економічно розвинутих країнах складає, у середньому, 150 на 100 тис. населення, в Україні цей показник у 2012 р. становив 297,8 (Коваленко В.М., Корнацький В.М., 2013). Залишається високою летальність від цереброваскулярної патології, що стабільно посідає 2-3 місце після серцевої патології та новоутворень (Ревенько І.Л., Гандзюк В.А., 2012).

Слід зазначити, що ГПМК – це поширена причина первинної інвалідності, тимчасової та/або стійкої втрати працездатності. В Україні рівень інвалідизації через рік після перенесеного МІ коливається від 76 до 85%, тоді як в країнах Західної Європи цей показник складає 25-30% (Коваленко В.М., Корнацький В.М., 2013; European Stroke Organisation, 2009), що вказує на недостатній рівень організації лікувального та реабілітаційного процесу.

Розвинені країни впровадили в практику ведення хворих з МІ у високо-спеціалізованих неврологічних відділеннях – stroke unite або інсультних центрах, госпіталізація до яких здійснюється в межах «терапевтичного вікна можливостей» (Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care, 2013; American Heart Association / American Stroke Association, 2014).

В Україні сучасна стратегія лікування ГПМК впроваджується повільно. Відомо, що частина хворих на МІ відмовляється від госпіталізації, мають місце помилки в наданні допомоги медичними службами. За даними науковців, у Російській Федерації лікують вдома 38,5-81,1% ГПМК (Бугрова С.Г., 2008; Василевская О.В. и соавт., 2010; Гусев Е.И. и соавт., 2003; Исмагилов М.Ф., 2003). Найменша летальність встановлена при лікуванні в умовах стаціонару (19,9%), на відміну від надання допомоги вдома, де цей показник перевищував втричі (66,8%) (Гусев Е.И. и соавт., 2003; Хаертдинова Р.Ф., Исмагилов М.Ф., Галиуллин А.Н., 2004), за іншими даними – від 2 (Исмагилов М.Ф., 2003) до 3,7 разів (Ковальчук В.В., 1998).

За даними мета-аналізу, що включав 7 достатньо якісно спланованих досліджень, не виявлено достовірної різниці між якістю отриманої допомоги при веденні хворих з ГПМК вдома та у стаціонарі, а також наслідків захворювання, відсутня достовірна різниця між вартістю лікування вдома та стаціонарі (Langhorne Pet al, 1999). Варто звернути увагу на те, що аналізувалися здебільшого результати дослідження, проведеного у м. Брістоль у 1980-х роках (Wade D.T. et al., 1985). В іншому дослідженні зроблені однозначні висновки про меншу летальність, інвалідизацію, залежність від оточуючих у хворих, які лікувалися у спеціалізованому відділенні (Kalra L. et al., 2000).

За умови наявності пацієнтів, які категорично відмовляються від госпіталізації, відсутності вказівок, рекомендацій з ведення таких хворих, необхідними є подальші дослідження у вказаному напрямку.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна

робота є самостійною науково-дослідною роботою, що виконувалася на кафедрі сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика «Ефективність надання медичної допомоги хворим з гострими порушеннями мозкового кровообігу, які не були госпіталізовані до профільного стаціонару» (№ державної реєстрації 0115U005663).

Мета дослідження: оптимізація ведення хворих старших вікових груп з гострими порушеннями мозкового кровообігу при їх вимушеному лікуванні в організованому домашньому стаціонарі.

Завдання дослідження.

1. Дослідити частоту та причини вимушеного ведення хворих старших вікових груп з ГПМК в амбулаторних умовах на території обслуговування Чернігівської міської лікарні № 2.

2. Встановити особливості організації медичної допомоги хворим з ГПМК, які відмовилися від госпіталізації.

3. Дослідити перебіг мозкового інсульту, ступінь інвалідизації в осіб старших вікових груп при вимушеному лікуванні в організованому домашньому стаціонарі у порівнянні з госпіталізованими пацієнтами.

4. Встановити летальність при вимушеному веденні хворих з мозковим інсультом вдома у порівнянні з госпіталізованими пацієнтами.

5. Проаналізувати проведення первинної та вторинної профілактики ГПМК у хворих старших вікових груп лікарями загальної практики – сімейними лікарями та неврологами.

6. З'ясувати особливості лікувального процесу хворих старших вікових груп з ГПМК, які не були госпіталізованими.

Об'єкт дослідження: гострі порушення мозкового кровообігу.

Предмет дослідження: клініко-неврологічні, лабораторні та клініко-інструментальні показники.

Методи дослідження:

- клінічні: загальноклінічне, клініконеврологічне обстеження із застосуванням спеціальних неврологічних тестів і шкал для об'єктивізації важкості ГПМК (індекс Бартела, шкала Ренкіна, шкала NIHSS);

- лабораторні: загальні аналізи крові та сечі, глюкоза крові, біохімічні дослідження (коагулограма, протеїнограма, загальний білірубін та його фракції, сечовина, креатинін, К, Na, Cl);

- нейровізуалізаційні та електрофізіологічні методи: комп'ютерна томографія або магнітно-резонансна томографія головного мозку, електрокардіографія;

- ретроспективний аналіз амбулаторних карток пацієнтів з МІ, які лікувались вдома;

- статистична обробка інформації з визначенням кореляційних зв'язків (Пірсона, Спірмена), параметричних (t-критерій Ст'юдента, тест ANOVA) та непараметричних (Манна-Уїтні, χ^2 критерій) методів.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше вивчено причини та частоту ведення хворих з ГПМК в організованому домашньому стаціонарі на дільницях лікарів загальної практики - сімейних лікарів (ЗПСЛ) за участю неврологів на прикладі обласного центру (м. Чернігів).

Вперше досліджено ступінь інвалідизації хворих з МІ та залежності від оточуючих при лікуванні в організованому домашньому стаціонарі (за шкалою Ренкіна та індексу Бартел).

Вперше досліджено якість первинної та вторинної профілактики факторів ризику МІ у хворих, які відмовились від госпіталізації.

Вперше проаналізовано показники летальності при веденні хворих в організованих домашніх стаціонарах у порівнянні із госпіталізованими пацієнтами.

Вперше проведено аналіз надання медичної допомоги хворим з ГПМК, які не були госпіталізовані.

Практичне значення отриманих результатів. Практичне значення результатів дисертаційного дослідження полягає у виявленні причин пізньої госпіталізації хворих з МІ, встановленні кількості та причин категоричних відмов від стаціонарного лікування.

На основі отриманих даних розроблено маршрутний лист таких пацієнтів, надано рекомендації щодо дій лікаря ЗПСЛ та консультацій неврологом.

Впровадження результатів дослідження в практику. Результати дослідження впроваджено в лікувальний процес у поліклінічному відділенні Чернігівської міської лікарні № 2 (ЧМЛ № 2), у навчальний процес на кафедрах сімейної медицини, медицини невідкладних станів НМАПО імені П.Л. Шупика. Видано інформаційний лист, методичні рекомендації.

Особистий внесок дисертанта. Подані в роботі наукові матеріали і фактичні дані є особистим внеском здобувача в розроблену тему. Дисертантом самостійно здійснено інформаційно-патентний пошук, на підставі чого особисто розроблено план і методологію дослідження. Самостійно проведено відбір хворих та клінічне спостереження, виконані лабораторні та інструментальні дослідження. Особисто проведено статистичну обробку та аналіз отриманого первинного матеріалу, сформульовані основні положення дисертації, висновки та практичні рекомендації, проведено впровадження отриманих результатів, написано та підготовлено до друку наукові праці. Текст роботи повністю написаний автором особисто.

Апробація результатів дослідження. Матеріали дисертаційної роботи представлені та обговорені на науково-практичній конференції з нагоди 20-річчя ЧМЛ № 2 (Чернігів, 2012), III з'їзді ВГО «Асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф» «Гострі невідкладні стани в практиці лікаря: діагностика, лікування, профілактика» (Київ, 2012), 73-й Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвяченій Дню науки «Сучасні аспекти медицини і фармації – 2013» (Запоріжжя, 2013), V (67) міжнародному науково-практичному конгресі студентів та молодих

вчених «Актуальні проблеми сучасної медицини» (Київ, 2013), науково-практичній конференції молодих вчених з міжнародною участю «Сьогодні і майбутнє науки в практичній медицині», присвяченій «Дню знань» (Київ, 2014).

Публікації. Основні положення дисертаційної роботи опубліковано в 13 наукових працях, серед яких 3 статті та 1 огляд літератури у наукових фахових виданнях, що рекомендовані ДАК України, 2 статті у міжнародних наукометричних фахових виданнях, інформаційний лист, методичні рекомендації, 5 тез доповідей в матеріалах науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота викладена на 137 сторінках друкованого тексту, з яких 120 сторінок займає основний текст, і складається із вступу, огляду літератури, загальної характеристики хворих, аналізу методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків. Робота ілюстрована 31 таблицею, 9 рисунками. Список використаних джерел включає 138 робіт, з них 69 кирилицею і 69 латиною.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал та методи дослідження. Робота виконувалася на базі поліклінічного, неврологічного та реанімаційного відділень ЧМЛ № 2. Об'єктом дослідження були 246 випадків ведення хворих з ГПМК. 226 пацієнтів лікувалися в умовах організованого домашнього стаціонару (перша група), з яких 204 випадки ретроспективного матеріалу - підгрупа 1.1 та 22 хворих, які лікувались за схемами, розробленими дослідником – підгрупа 1.2. Другу групу склали 20 хворих на МІ, які лікувались стаціонарно. Дослідником особисто оглянуто та проліковано 78 (31,7%) пацієнтів. Вікова структура груп порівняння відображена в таблиці 1.

Таблиця 1

Вікова структура груп порівняння

| Вік (років) | Перша група | | | Друга група |
|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | підгрупа 1.1 | підгрупа 1.2 | всього | |
| 61-74 | 37 (18,34%) | 3 (13,63%) | 40 (17,7%) | 0 |
| 75-90 | 144 (70,59%) | 18 (81,82%) | 157 (71,68%) | 20 (100%) |
| 91 і старші | 23 (11,27%) | 1 (4,55%) | 24 (10,62%) | 0 |

Для забезпечення репрезентативності вибірки в дослідження включені пацієнти з ГПМК, які лікувалися вдома з 2008 до 2012 року, і госпіталізовані хворі з ГПМК у 2012 році старші за 77 років (відповідно віку першої групи), які проживали на території обслуговування ЧМЛ № 2.

Критеріями виключення були злякисні новоутворення будь-якої локалізації I, II, IV клінічних груп.

Діагнозом у пацієнтів першої групи був інсульт, не уточнений як крововилив або інфаркт. На основі клінічної картини, лабораторно-інструментальних методів дослідження в окремих випадках мозкові порушення, з найбільшою вірогідністю, були

диференційовані як ішемічний підтип у 138 (61%) випадках та геморагічний - у 20 (9%).

Клінічна картина ГПМК першої групи свідчила про ураження в басейні лівої середньої мозкової артерії (ЛСМА) у 108 (47,8%) випадках, правої середньої мозкової артерії (ПСМА) – у 77 (34,1%), вертебро-базилярного басейну (ВББ) – у 14 (6,2%), стовбурових структур – у 11 (4,8%), у 16 (7,1%) випадках не вдалося встановити басейн.

За ступенем тяжкості стану пацієнтів першої групи розподілили наступним чином: легкий ступінь встановлено у 8 (3,5%) випадках; середній – у 51 (22,6%); тяжкий – у 97 (42,9%); дуже тяжкий – у 70 (31,0%). Ускладнення спостерігались у 85 (37,6%) випадках, з яких набряк головного мозку (НГМ) встановлено у 66 (29,2%), гіпостатична пневмонія – у 15 (6,6%), їх поєднання – у 4 (1,8%) випадках з 226.

У другій групі пацієнтів чоловічої статі було 7 осіб, жіночої – 13. Середній вік склав $81,6 \pm 0,9$ років, з них жіночої статі – $82,4 \pm 1,2$; чоловічої – $79,4 \pm 1,0$ років.

У другій групі ГПМК за ішемічним типом встановлено у 17 (85,0%) випадках, геморагічний інсульт – у 2 (10,0%), змішаний – у одного (5%) пацієнта.

За допомогою методів нейровізуалізації та на аутопсії померлих у 8 (40,0%) випадках діагностовано ураження ЛСМА, ПСМА – у 8 (40,0%), ВББ – в одного (5,0%), лівої гемісфери – в одного (5,0%), стовбурових структур – в одного (5,0%), задньої нижньої мозкової артерії – в одного (5,0%) пацієнта. За ступенем тяжкості пацієнтів розподілили наступним чином: легкий ступінь встановлено у 4 (20,0%) випадках, середній – у 5 (25,0%); тяжкий – у 8 (40,0%); дуже тяжкий – у 3 (15,0%). Ускладнення виявлено у 9 (45,0%) випадках, з яких НГМ спостерігали у 8 (40,0%), гіпостатичну пневмонію у поєднанні з НГМ – в одному (5,0%) випадку.

Проводилося загальноприйняте обстеження хворих з поглибленим неврологічним обстеженням: оцінка стану свідомості, черепно-мозкових нервів, чутливості та рухової сфери, м'язової сили та тону, координації рухів, наявності менінгеальних симптомів. Для об'єктивізації стану хворого при госпіталізації та в динаміці було використано шкалу NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale, Brott T., Adams H.P., 1989). Для визначення ступеня інвалідизації використовували модифіковану шкалу Ренкіна (Rankin J., 1957). Ступінь функціональної незалежності визначали за індексом Бартела (Barthel D., 1955).

Клінічний діагноз «мозковий інсульт» формулювали на основі вимог МКХ-10. Якщо цей випадок хвороби класифікувався як інсульт, то клінічний діагноз був між шифрами 160.9 та 169.9 за МКХ-10.

Верифікацію типу МІ проводили на основі клінічних показників (перша і друга групи); комп'ютерної томографії, патологоанатомічного розтину (друга група).

Оброблено архівний матеріал поліклініки ЧМЛ № 2 за період з 01.01.2008 р. до 31.12.2012 р. з аналізом амбулаторних карток та посмертних епікризів пацієнтів з встановленим діагнозом ГПМК.

У другій групі діагноз за допомогою методів нейровізуалізації було під-

тверджено у 16 (80,0%) випадках, у 4 (20,0%) випадках – на патологоанатомічному розтині.

Використовували лабораторні методи дослідження – загальні аналізи крові та сечі, глюкоза крові натщесерце, коагулограма, біохімічні показники крові (протеїнограма, білірубін і його фракції, сечовина, креатинін); інструментальні методи – електрокардіографічне дослідження, комп'ютерна томографія головного мозку.

Статистичний аналіз включав двохвибірковий t критерій Ст'юдента для двох незалежних вибірок варіабельностей з нормальним розподілом. Якщо варіабельність не мала нормального розподілу, тоді використовували непараметричні методи статистики: тест Колмогорова-Смирнова, Манна-Уїтні, χ^2 критерій, метод Фішера. Вивчали корелятивний зв'язок між факторами за даними параметричного (за Пірсоном) і непараметричного (за Спірменом) кореляційного аналізу (за програмою SPSS for Windows Release 13.00, SPSS Inc., 1989-2004).

Розраховані вибіркові параметри подано у вигляді $M \pm m$, де M – середня величина, m – середня похибка середньої величини, p – досягнутий рівень статистичної достовірності, n – обсяг аналізованої групи. Характеристики якісних величин визначались у відсотках.

Результати дослідження та їх обговорення. Середня кількість ГПМК протягом 2008-2012 рр. на території обслуговування ЧМЛ № 2 склала 409 випадків (478 на 100 тис. населення на рік), з яких 360 (88,0%) лікувались стаціонарно, 49 (12,0%) – амбулаторно. Вказані результати відрізнялися від середніх показників захворюваності МІ в Україні, що можна пояснити високим відсотком не зареєстрованого населення старших вікових груп, які були доставлені на територію ЧМЛ № 2 родичами для догляду – 34 (15,0%) пацієнта з ГПМК. Також слід звернути увагу на те, що в Чернігівській області найбільша питома вага осіб старше 75 років – 18,9% (в Україні – 16,5%) (Державна служба статистики України, 2013).

Повне розходження діагнозів у першій групі між лікарями ЗПСЛ та неврологами було у 17 (11,2%) випадках, що змінювало тактику ведення, невідкладну медичну допомогу та лікування пацієнтів. Тому варто безперервно підвищувати обізнаність лікарів з даними доказової медицини, клініки нервових хвороб взагалі та ГПМК зокрема.

При проведенні аналізу амбулаторних карт виявлено, що не в усіх випадках лікарі визначали причини відмови від госпіталізації.

У 71 (56,3%) випадку пацієнти (родичі) категорично відмовилися від госпіталізації через переконання, що стан хворих занадто тяжкий і транспортування до стаціонару матиме більше шкоди. Середня тривалість життя пацієнтів вказаної групи складала $8,9 \pm 1,6$ діб, що достовірно менше середнього показника першої групи ($p < 0,001$). Відповідно летальність до 30-ї доби склала 88,7% ($n=63$), у 5 (7,04%) випадках зумовлена супутньою патологією і наступила від 31 до 90-ї доби.

При плануванні роботи ми були переконані, що основною причиною відмови від госпіталізації будуть фінансові проблеми (склали 11,1% (14) пацієнтів), але при

аналізі отриманих результатів виявили більш глибоку проблему – довіру населення до медичної служби з переконанням у відсутності належної уваги лежачим пацієнтам похилого віку у стаціонарі – 28 (22,2%) хворих.

Решта відмов від госпіталізації розподілилася наступним чином: 8 (7,0%) хворих були переконані, що недуга «мине самостійно», 5 (4,0%) – відмовились через лежаче положення до розвитку симптомів МІ, що було зумовлене іншими інвалідизуючими захворюваннями.

Тривожним був час, що минув після виклику екстреної медичної допомоги (ЕМД), та оглядом спеціалістів первинної ланки (лікарі ЗПСЛ, дільничні терапевти) – $20,1 \pm 2,7$ години, оскільки хворі (родичі) не поспішали викликати лікаря первинної ланки. У результаті вперше хворий був оглянутий лікарем ЗПСЛ через $35,5 \pm 2,9$ годин після появи симптомів МІ.

Консультація невролога була здійснена в середньому через $3,8 \pm 0,3$ доби, що також є незадовільним показником, враховуючи можливі помилки у діагностиці лікарями первинної ланки.

У другій групі догоспітальний період склав, у середньому, $14,9 \pm 4,2$ години, що достовірно менше, ніж первинна консультація спеціалістом вдома ($p < 0,01$).

Встановлено, що в першій групі 167 (73,9%) осіб на момент первинного огляду перебували у важкому і дуже важкому стані за рахунок підгрупи 1.1, у другій групі – 11 (55,0%) пацієнтів, розбіжність даних мала тенденцію до достовірності ($p = 0,065$).

У той же час, у підгрупах хворих 1.1 і 1.2 декомпенсація по обох колах кровообігу спостерігалася достовірно частіше, ніж у другій групі ($p < 0,05$), що вказує на тяжчий перебіг супутньої серцево-судинної патології в першій групі.

Показники середньоартеріального тиску менше 40 мм рт. ст. вказували на малу перфузію головного мозку і, відповідно, були негативним прогностичним показником. Виявлено, що у другій групі не було осіб з такими цифрами середньоартеріального тиску, достовірно більше таких пацієнтів було в підгрупі 1.1 ($p < 0,05$), що вплинуло на прогноз захворювання.

Ураження окорухових ядер, у вигляді фіксованого погляду (парезу), було несприятливим прогнозом із ранньою летальністю протягом $31,3 \pm 19,9$ днів, що достовірно менше середнього показника в першій групі хворих ($p < 0,01$). У другій групі середня тривалість життя пацієнтів з цим симптомом склала $8,2 \pm 4,5$ дні, що менше середнього показника другої групи ($p < 0,001$).

У гострому періоді МІ інвалідизація за шкалою Ренкіна була практично максимальною зі значним регресом до третього місяця в підгрупі 1.2 і другій групі. Достовірну різницю між даними за шкалою Ренкіна отримано лише на 12-му місяці спостереження і виявлено, що у підгрупі 1.2 кількість пацієнтів з несприятливим прогнозом була більшою ($p < 0,05$).

За результатами аналізу показників індексу Бартела у підгрупі 1.2 і другій групі не виявлено достовірної різниці у початковій медичній та соціальній дезадаптації

пацієнтів, які лікувалися вдома та стаціонарі при спостереженні за ними впродовж 3-х місяців. На 12-му місяці спостереження з вираженою функціональною залежністю пацієнтів другої групи не було, на відміну від підгрупи хворих 1.2, різниця між якими була достовірною ($p < 0,05$).

Отримані результати свідчили про те, що відновлення функцій у людей похилого та старечого віку, які лікувалися стаціонарно, мали достовірно кращий перебіг, а інвалідизація менша. При зіставленні фактичних даних та аналізу індивідуальних даних дійшли висновку, що відновлення функцій краще проходить у пацієнтів з ГПМК, які лікувались стаціонарно з тяжкістю МІ у першу добу легкого та середнього ступенів за шкалою NIHSS. Аналогічно склалася ситуація із ступенем інвалідизації хворих першої і другої груп.

Догляд за пацієнтами у ранній та пізній відновний періоди МІ підгрупи хворих 1.2 виявився кращим, якщо брати до уваги хворих з вираженою функціональною залежністю (не здатних до самообслуговування). Залишаючи хворих вдома, родичі свідомо йдуть на самопожертву і необхідність цілодобового догляду з виконанням взятих зобов'язань протягом 12 місяців спостереження, оскільки з 3 до 12-го місяця в підгрупі хворих 1.2 кількість хворих з вираженою функціональною залежністю залишилась без змін, а у другій групі всі хворі пішли з життя ($p < 0,05$).

Найбільш розповсюдженим поєднанням факторів ризику були наявність артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця, які спостерігались у першій і другій групах у 100% випадків. Наступним за частотою було поєднання порушення ритму серця, що виявлено в першій групі у 61 (26,8%) і у 12 (60,0%) пацієнтів другої групи та наявність в анамнезі ГПМК майже у чверті випадків у всіх групах порівняння.

Профілактика факторів ризику МІ виконувалася у всіх групах порівняння. Згідно записів амбулаторних карт і виписки із стаціонару, у 100% випадків рекомендувалася дієта з обмеженням жирів тваринного походження, кухонної солі, рідини (за наявності серцевої недостатності) і збагачена поліненасиченими жирними кислотами, калієм. Також надані рекомендації (наскільки це можливо) щодо активного способу життя.

У підгрупі 1.1 пацієнтів з ожирінням було 22 (10,8%) особи, у підгрупі 1.2 – 5 (22,7%) осіб, у другій групі – один (5,0%) пацієнт. З огляду на вік, наявність соматичних захворювань боротьба з надмірною вагою була неефективною.

У пацієнтів першої групи цукровий діабет (ЦД) II типу був діагностований у 25 (12,3%) пацієнтів, з яких у однієї (4,5%) особи був у компенсованому стані, у 19 (86,4%) пацієнтів у субкомпенсованому стані і у 2 (9,1%) – декомпенсованому стані на момент ГПМК. У підгрупі 1.2 ЦД II типу хворіли 2 (9,1%) особи, стан яких був субкомпенсований за рівнями цукру крові. У групі № 2 ЦД II типу виявлено у 4 (20,0%) осіб, з яких у компенсованому стані був один (25,0%) пацієнт, у субкомпенсованому стані – 3 (75,0%) хворих.

Шкідливі звички достовірно частіше спостерігалися у осіб чоловічої статі і не відрізнялися за частотою у підгрупах 1.1, 1.2 та другій групі ($p < 0,05$). Лікарями

ЗПСЛ регулярно проводилися бесіди з пацієнтами про шкоду паління і надмірного вживання алкоголю, що записано в амбулаторних картах. Але без бажання пацієнтів обмежити шкідливі звички бесіди були безрезультатними.

Найкраще співвідношення контролю рівнів артеріального тиску (АТ) було в другій групі хворих (35,0%). Середні показники контролю АТ відносно цільових рівнів у підгрупі 1.1 склали 17,2%, у підгрупі 1.2 – 31,8% пацієнтів.

Згідно поставлених завдань, розроблено шкалу виконання профілактики факторів ризику до МІ з аналізом контролю АТ, призначення антитромботичних засобів і статинотерапії. У результаті аналізу даних дослідження виявлено, що профілактика факторів ризику ГПМК була відсутня взагалі у 64 (31,4%) пацієнтів підгрупи 1.1, у 6 (27,3%) - підгрупи 1.2 і 8 (40,0%) - другої групи, незадовільно виконана – від 54,5 до 64,2% хворих.

Вторинна профілактика у вигляді призначення ацетилсаліцилової кислоти та її комбінації з гідроксидом магнію з першої доби проведена у 24,1-40,3% пацієнтів з МІ, які лікувались в організованому домашньому стаціонарі. Частота призначення ацетилсаліцилової кислоти в першій групі була низькою, у частини хворих діагностовано клінічно геморагічний тип МІ, у частини – клінічно не вдалось встановити тип ГПМК. Після гострого періоду МІ у першій групі антитромботичні засоби призначені у більшому відсотку випадків: у 2008 р. – 17 (82,3%) пацієнтів, у 2009 р. – 15 (88,2%), у 2010 р. – 15 (89,1%), у 2011 р. – 19 (88,5%), у 2012 р. – 12 (91,3%) хворих.

У другій групі після виписки із стаціонару антитромботичні засоби було рекомендовано 11 (91,7%) пацієнтам.

Статинотерапія призначалася в першій групі у 14,8-29,6% випадках із зростанням від 2008 до 2012 рр. У другій групі показник склав 35,5% від 20 госпіталізованих пацієнтів, тобто 58,0% хворих, які були виписані із стаціонару.

При застосуванні методу Фішера достовірних відмінностей у тяжкості стану пацієнтів після ГПМК і якістю первинної профілактики виявлено не було. Кореляційний аналіз за Пірсоном та Спірменом не виявив зв'язків тяжкості стану після ГПМК, тривалості життя пацієнтів, появи повторних МІ з ефективністю контролю АТ, рекомендування антитромботичних засобів і статинотерапії у всіх групах порівняння. Вказані дані відрізняються від літературних, за якими якісна первинна профілактика зменшує кількість МІ до 50% (Широков Е.А., 2009), але оскільки не було можливості визначити дотримання рекомендацій пацієнтами, а лише наявність рекомендацій у медичній документації, статистичні методи не виявили покращення результатів.

У роботі додатково проведено аналіз летальності пацієнтів після перенесеного МІ до 12 місяців у першій і другій групах. Виявлено, що летальність до 14-ї доби у підгрупі 1.1 складала 53,9% (110 осіб), що достовірно вище ніж у підгрупі 1.2, де летальність була 31,8% (7) ($p < 0,05$) і в другій групі – 35,0% (7 осіб) ($p = 0,084$). До одного місяця летальність зросла у всіх групах порівняння і достовірно була

найвищою у підгрупі 1.1 – 65,2% (133 осіб), ніж у підгрупі 1.2 – 45,5% (10 осіб) ($p < 0,05$) і другій групі – 40,0% (8 осіб) ($p < 0,05$). На момент завершення дослідження на 12-му місяці спостереження летальність у підгрупі 1.1 склала 85,8% (175 осіб), у підгрупі 1.2 – 59,1% (13 осіб) ($p < 0,01$), у другій групі – 65,0% (13 осіб) ($p < 0,05$).

Хворі другої групи з легким ступенем тяжкості стану мали меншу летальність до 30 діб (0%), на відміну від пацієнтів, які відмовилися від госпіталізації, серед яких померло 12,4% (6) пацієнтів. Летальність пацієнтів із середнім ступенем тяжкості у першій і другій групах була однаковою. Летальність пацієнтів з тяжким станом до 14-ї доби лікування склала у першій групі 88,7% (63), а у другій групі – 66,6% (2), що достовірно не відрізнялися. Летальність пацієнтів у дуже тяжкому стані першої групи до 14-ї доби склала 100% (5). Кореляційний аналіз за Спірменом виявив достовірну зворотну високу залежність від рівнів загального стану згідно розробленої у дослідженні бальної шкали тяжкості стану, згідно якої чим тяжчий стан, тим відповідно менша тривалість життя ($-0,728$; $p < 0,001$).

Під час написання дисертації видано наказ МОЗ України № 602 від 03.08.2012 р., що є клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим з ГПМК. З огляду на це, аналіз надання ЕМД та допомоги у неврологічному стаціонарі був поділений наступним чином: з 01.2008 до 07.2012 р. і з 08.2012 до 12.2012 р. У першій групі пацієнтів поділ був зумовлений початком виконання дисертації і підвищенням кваліфікації співробітників ЧМЛ № 2 відповідно до європейських, північно-американських рекомендацій з ведення ГПМК. Тому поділ матеріалу виконано наступним чином: з 01.2008 р. до 06.2011 р. та з 07.2011 р. до 12.2012 р.

Згідно отриманих даних у дисертації основною комбінацією, що використовувалась спеціалістами ЕМД для лікування ГПМК, до впровадження Уніфікованого клінічного протоколу (2012 рік), було поєднання пірацетаму 5-10-20 мл 20% р-ну та сірчаноокислої магnezії 2,5-5-10 мл 25% р-ну. Дані препарати застосовувалися для лікування неуточненого типу МІ у 30,6% випадків. У призначеннях вказаної комбінації керувались Наказом МОЗ України №24 від 17.01.2005 р. і Наказом МОЗ України №297 від 30.07.2002 р.

Після наказу МОЗ України № 602 від 03.08.2012 р. пірацетам не призначався взагалі спеціалістами ЕМД, що достовірно відрізнялось від лікування у попередні роки ($p < 0,05$).

Систематичне базисне лікування хворих з МІ старших вікових груп, які вимушено лікувались вдома, достовірно частіше використовувалось відповідно до державних та локальних протоколів з липня 2011 року. З цього часу достовірно рідше призначався пірацетам ($p < 0,05$), який є нейропротектором виснажуючої дії і за рекомендаціями протоколів взагалі протипоказаний. У першій групі хворих з 07.2011 року більш систематично призначались засоби для попередження НГМ ($p < 0,01$). З 07.2011 року частіше призначалася нейропротекторна терапія з використанням гліцину, церебролізину та етилметилгідроксипіридину сукцинату ($p < 0,001$).

У другій групі пацієнтів після наказу МОЗ України № 602 від 03.08.2012 р. достовірно рідше призначали пірацетам ($p < 0,05$) і церебролізін ($p < 0,05$), хоча частіше з'являлись призначення етилметилгідроксипіридину сукцинату ($p < 0,05$) і L-лізину есцинату ($p < 0,05$).

У першій групі терапія, що запобігає НГМ була застосована в 113 (50,0%) випадках із 226. Сірчанокислу магnezію в монотерапії призначали у 24 (10,6%) випадках, L-лізину есцинат у монотерапії – в 47 (20,8%), їх поєднання – в 30 (13,7%). Статистичні методи обробки інформації виявили, що розвиток НГМ частіше розвивався за відсутності протинабрякової терапії ($p < 0,05$).

Антигіпертензивну терапію в гострому періоді МІ призначали при лікуванні 51 (22,6%) пацієнта із 226. У 13 (25,5%) осіб, яким було призначено таку терапію, показники САТ були менші за 160 мм рт. ст., що не тільки не потребувало зниження, а й призводило до гіпоперфузії головного мозку.

Нейропротекторна терапія в першій групі хворих була використана у 166 (73,5%) випадках і нараховувала 33 різноманітних комбінацій з використанням наступних препаратів: пірацетам, пірацетам з актовегіном, актовегін, цитиколін, церебролізін, етилметилгідроксипіридину сукцинат, вінпоцетин, вітамінів В1, В6, В12, ніцерголін, оксирал, еглоніл, гліцин, прозерин. Нейропротекторна терапія після корекції неврологом була використана у 198 (87,6%) випадках і нараховувала 66 різноманітних комбінацій.

Поширеність схем лікування, на нашу думку, свідчить про індивідуалізацію лікування для кожного конкретного пацієнта. Це, у свою чергу, ще раз доводить, що дана робота є актуальною.

Для визначення ефективності лікування хворих підгрупи 1.1 і підгрупи 1.2 рандомізували за тяжкістю стану; наявністю терапії, що запобігає НГМ; застосуванням нейропротекторної терапії у підгрупі 1.1 у вигляді призначення пірацетаму з актовегіном (схема, що найчастіше використовувалась), а у підгрупі 1.2 – гліцину, церебролізину та етилметилгідроксипіридину сукцинату і систематичного базисного лікування.

При застосуванні статистичних методів виявили, що летальність протягом першого місяця у підгрупі 1.1 склала 50,0% (10 осіб), а у підгрупі 1.2 – 20,0% (1 особа) ($p < 0,05$). У свою чергу, тривалість життя у підгрупі 1.1 становила $131,4 \pm 37,0$ днів, а у підгрупі 1.2 – $246,8 \pm 74,1$ днів ($p = 0,095$). Достовірно менша домісячна летальність та довшя тривалість життя з тенденцією до достовірності вказала на можливість використання схеми, запропонованої дослідником.

Через ранню летальність не отримали повторних курсів лікування пацієнти підгрупи 1.1 у 70,6% (144 випадків), підгрупи 1.2 – у 50,0% (11), другої групи – 50,0% (10 пацієнтів). У підгрупі 1.1 у 5,9% (12) випадків не вдалося встановити причини відсутності продовження лікування. Відмовилися від повторних курсів у підгрупі 1.2 9,0% (2 хворих), у другій групі – 5,0% (один пацієнт).

Найбільш систематичне лікування протягом 12 місяців проведено у пацієнтів

другої групи ($p < 0,05$), причому у 89,9% (8 випадках) це була стаціонарна реабілітація 2-3 рази на рік.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення завдань своєчасної діагностики МІ та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі силами медичного персоналу первинної ланки та ЕМД, розроблено маршрутний лист для пацієнтів з ГПМК, які вимушено лікувалися в умовах організованого домашнього стаціонару, розроблено схеми лікування.

2. Виявлено, що щорічно 12% хворих старших вікових груп з ГПМК відмовлялися від госпіталізації на прикладі обласного центру (м. Чернігів). Причинами, що зумовлюють відмови від госпіталізації були соціальні передумови та необізнаність пацієнтів і їх родичів з оптимальною тактикою ведення МІ.

3. Виявлено, що хворі старших вікових груп з ГПМК, які вимушено лікувалися вдома, із затримкою викликали ЕМД, лікарів первинної ланки. Вперше вдома хворий був оглянутий лікарем ЗПСЛ через $35,5 \pm 2,9$ годин від появи перших симптомів МІ, консультований неврологом через $3,8 \pm 0,3$ доби. Догоспітальний період стаціонарної групи пацієнтів був достовірно меншим і склав $14,9 \pm 4,2$ години.

4. Встановлено, що у пацієнтів з ГПМК старших вікових груп, які лікувалися стаціонарно динаміка відновлення функцій була достовірно кращою ніж у хворих, які вимушено отримували лікування вдома. Летальність хворих з МІ до 30 діб була достовірно нижчою у госпіталізованих пацієнтів.

5. Максимальне використання положень клінічних настанов та протоколів з ведення МІ у пацієнтів, які відмовились від госпіталізації із застосуванням базисного недиференційованого та індивідуального лікування з організацією догляду за хворими старших вікових груп, зумовили покращення тривалості життя таких хворих з наближенням до стаціонарної групи пацієнтів.

6. Первинна та вторинна профілактика МІ у хворих старших вікових груп, які відмовились від госпіталізації за результатами аналізу даних амбулаторних карт, проводилася не систематично. Встановлено, що прихильність лікарів первинної ланки до призначення антитромботичних та антиатерогенних препаратів зросла з 2008 до 2012 років.

7. Лікування хворих з МІ, які відмовилися від госпіталізації, було розпочате достовірно пізніше, ніж у госпіталізованих пацієнтів. Після наказу МОЗ України № 602 спеціалісти ЕМД і стаціонарів достовірно рідше призначали нейропротектори і частіше - лікувальні засоби, що запобігають набряку головного мозку, сприяють попередженню повторних МІ. Лікарі поліклініки достовірно частіше застосовували систематичне недиференційоване базисне лікування, засоби, що запобігають набряку головного мозку.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Спеціалісти мають докласти всіх зусиль для госпіталізації пацієнтів з ГПМК до профільних відділень якнайшвидше. При категоричній відмові необхідно забез-

печити лікувально-профілактичні заходи з організацією домашнього стаціонару та забезпеченням послуг дільничної медсестри.

2. При відмові від госпіталізації хворих з підозрою на ГПМК спеціалістам ЕМД необхідно надсилати телефонограми до реєстратур територіальних лікувально-профілактичних закладів, для пришвидшення обслуговування лікарями ЗПСЛ цих пацієнтів. При отриманні повідомлення, лікарі ЗПСЛ повинні обслуговувати вказані виклики першочергово.

3. Лікарям ЗПСЛ, при виявленні на дільниці хворих з підозрою на МІ, необхідно терміново надати телефонограму до реєстратури своєї поліклініки для запису виклику невролога «на дім» у складних діагностичних випадках.

4. Активно застосовувати базисне лікування: контроль за життєво важливими функціями за системою ABCDE, підтримка функції дихання (санація верхніх дихальних шляхів, встановлення повітроводу при потребі), функції серцево-судинної системи (контроль АТ та його зниження при рівнях САТ 220 мм рт.ст. і вище і/або ДАТ 120 мм рт.ст. і вище, ЧСС), водно-електролітного балансу (достатнє введення рідини перорально – 1500-2000 мл); виявлення дисфагії та вставлення назогастрального зонда при потребі; контроль та корекція при необхідності температури тіла, рівня цукру крові; адекватна мобілізація (активна та пасивна гімнастика, фізіологічне положення у ліжку); профілактика пролежнів; запобігання НГМ – сірчанокисла магнезія в/в або в/м 5-10 мл 25% р-ну 1-2 рази на добу (повільно перші 3 мл – протягом 3 хв.) або L-лізину есцинат 5-10 мл 0,1% р-ну у розведенні 0,9% р-ном натрію хлориду в/в.

5. Можливе застосування регулятора метаболічних процесів – гліцину, при відсутності бульбарних розладів, по 5-7 таблеток (0,1 мг) 3 рази на добу під язик протягом 5 діб з переходом на підтримуючу дозу протягом 20 діб – 2 таблетки 3 рази на добу; нейропротекторну терапію – церебралізін з першої доби у формі повільної в/в ін'єкції по 10 мл на 0,9% р-ні натрію хлориду до 20 мл 1 раз на добу протягом 10 днів. Розчин етилметилгідроксипіридин сукцинату в перші 2 дні в/в струминно по 200 мг (4 мл) 1 раз на добу в 10 мл 0,9% р-ну натрію хлориду, потім в/м по 100 мг 2 рази на добу до 10 днів.

6. Виходячи з того, що на тривалість життя хворих значно впливає фактор кращого догляду, слід удосконалювати і впроваджувати якісне обслуговування пацієнтів як медичними працівниками, так і членами сім'ї.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Зозуля І.С. Сучасний стан проблеми діагностики, перебігу, лікування гострих порушень мозкового кровообігу в поліклінічних умовах (огляд літератури) / І.С. Зозуля, Г.І. Лисенко, І.О. Латоха, А.І. Зозуля // Український медичний часопис. – 2011. – № 6 (86). – С. 30-38. (Автором проведено обробку літературних джерел, підготовлено статтю до друку)

2. Зозуля І.С. Аналіз летальності хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу при лікуванні їх в організованому стаціонарі вдома / І.С. Зозуля, І.О. Латоха // Ліки України плюс. – 2012. – № 1-2 (9-10). – С. 30-32. *(Дисертантом проведено ретроспективний огляд матеріалу, статистичну обробку та написання статті)*

3. Лисенко Г.І. Гострі порушення мозкового кровообігу у практиці сімейного лікаря / Г.І. Лисенко, І.С. Зозуля, І.О. Латоха // Сімейна медицина. – 2012. – № 3. – С. 79-83. *(Автором проведено збір та опрацювання матеріалу, підготовлено статтю до друку)*

4. Латоха И.А. Особенности клинического течения острых нарушений мозгового кровообращения у больных старческого возраста и долгожителей / И.А. Латоха // Экстренная медицина. – Минск, 2013. – № 4 (8). – С. 144-148.

5. Латоха И.А. Возможности нейропротекторной терапии у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения в амбулаторных условиях / И.А. Латоха // Экстренная медицина. – Минск, 2014. – № 1 (9). – С. 71-75.

6. Зозуля І.С. Порівняння якості ведення хворих з інсультом в умовах спеціалізованого стаціонару та організованого стаціонару вдома / І.С. Зозуля, І.О. Латоха // Український медичний часопис. – 2014. – № 2 (100). – С. 160-162. *(Здобувачем особисто складено план статті, набрано матеріал, здійснено статистичну обробку, підготовлено статтю до друку)*

7. Зозуля І.С. Покращення організації медичної допомоги хворим з гострими порушеннями мозкового кровообігу / І.С. Зозуля, Г.І. Лисенко, А.І. Зозуля, І.О. Латоха // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я). – К.: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Укрмедпатентінформ МОЗ України, 2013. – С. 3. *(Дисертантом проведено збір і опрацювання матеріалу, статистична обробка та написання інформаційного листа)*

8. Зозуля І.С. Організація медичної допомоги хворим з гострими порушеннями мозкового кровообігу в амбулаторних умовах : Методичні рекомендації / І.С. Зозуля, В.І. Боброва, М.А. Тріщинська, І.О. Латоха. – К., 2014. – 24 с. *(Здобувачем особисто складено план методичних рекомендацій, набрано матеріал, здійснено статистичну обробку, підготовлено рекомендації до друку)*

9. Зозуля І.С. Результати лікування гострих порушень мозкового кровообігу в організованому стаціонарі вдома / І.С. Зозуля, І.О. Латоха // Матеріали III з'їзду з медицини невідкладних станів «Гострі невідкладні стани в практиці лікаря: діагностика, лікування, профілактика» (3-4 квітня 2012 р., м. Київ). – К.: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2012. – С. 82-83. *(Здобувачем особисто складено план тез, проведено набір матеріалу, підготовлено тези до друку)*

10. Латоха І.О. Ретроспективний огляд ведення хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу в організованому стаціонарі вдома за даними архівного

матеріалу / І.О. Латоха // Науково-практична конференція з нагоди 20-річчя Чернігівської міської лікарні № 2 : збірник матеріалів (24 червня 2012 р., м. Чернігів). – 2012. – С. 48-52.

11. Латоха І.О. Консервативне лікування хворих похилого, старечого віку з гострими порушеннями мозкового кровообігу / І.О. Латоха // 73-я Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвячена Дню науки «Сучасні аспекти медицини і фармації – 2013» (16-17 травня 2013 р., м. Запоріжжя) : тези доповідей. – 2013. – С. 120.

12. Латоха І.О. Організація медичної допомоги хворим на мозковий інсульт в амбулаторних умовах / І.О. Латоха // Матеріали V (67) міжнародного науково-практичного конгресу студентів та молодих вчених «Актуальні проблеми сучасної медицини» (23-25 жовтня 2013р., Київ). – 2013. – С. 178-179.

13. Латоха І.О. Лікування хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу в амбулаторних умовах. / І.О. Латоха // Науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Сьогодення і майбутнє науки в практичній медицині» присвяченій «Дню знань» (22 травня 2014, Київ) : тези доповідей. – К., 2014. – С. 35.

АНОТАЦІЯ

Латоха І.О. Ефективність надання медичної допомоги хворим з гострими порушеннями мозкового кровообігу, які не були госпіталізовані до профільного стаціонару. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальностями: 14.01.15 – нервові хвороби. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2016.

В дисертаційній роботі представлено аналіз актуальних науково-практичних завдань з покращення медичної допомоги хворим з ГПМК, які проходили лікування в організованому домашньому стаціонарі.

Вивчено причини ведення хворих з МІ в амбулаторних умовах, особливості перебігу МІ, проведено аналіз первинної та вторинної профілактики МІ, встановлено показники летальності при веденні хворих в організованих домашніх стаціонарах і аналіз надання медичної допомоги хворим з ГПМК, які не були госпіталізовані.

Результати дослідження впроваджено в лікувальний та педагогічний процес, видано інформаційний лист, методичні рекомендації.

Ключові слова: загальна практика сімейна медицина, гострі порушення мозкового кровообігу, тактика ведення, клініка, діагностика, лікування.

АННОТАЦИЯ

Латоха И.А. Эффективность оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, которые не были госпитализированы в профильный стационар. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальностям: 14.01.15 – нервные болезни. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, Киев, 2016.

В диссертационной работе представлен анализ актуальных научно-практических заданий по улучшению медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, предложены направления их практического решения, разработан маршрутный лист пациентов, которые проходили лечение в организованном домашнем стационаре.

Работа основана на результатах исследования 246 пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. 226 пациентов первой группы проходили лечение в условиях организованного стационара дома, из них 204 ретроспективных случая лечения мозговых инсультов «на дому», что составило подгруппу сравнения (подгруппа 1.1) и 22 пациента, которые лечились согласно схем, разработанных исследователем (подгруппа 1.2). Вторую группу составили 20 пациентов с мозговыми инсультами, которые лечились стационарно.

По гендерному показателю пациенты основной группы распределились следующим образом: 67 лиц мужского пола, 159 – женского. Средний возраст пациентов составил $81,95 \pm 0,5$ лет, соответственно возраст лиц мужского пола – $77,27 \pm 1,05$; женского – $83,91 \pm 0,5$ лет.

При отсутствии методов нейровизуализации диагноз у пациентов первой группы установлен: инсульт, не уточненный – кровоизлияние или инфаркт. Хотя на основании данных клинической картины, лабораторно-инструментальных методов исследования в некоторых случаях мозговые инсульты, с наибольшей достоверностью, были дифференцированы как ишемический подтип в 138 (61%) случаях и геморрагический – в 20 (9%).

Во второй группе пациентов мужского пола было 7 лиц, женского – 13. Средний возраст пациентов составил $81,4 \pm 0,9$ лет, из них женского – $82,4 \pm 1,2$; мужского пола – $79,4 \pm 1,0$ лет.

Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу установлено в 17 (85,0%) случаях, геморрагический инсульт – у 2 (10,0%), по смешанному типу – у одного пациента (5%).

Анализировались данные общепринятого объективного, углубленного неврологического обследования с использованием унифицированных шкал (шкала ком Глазго, шкала NIHSS, шкала Ренкина, индекс Бартела).

Установлено, что 12% пациентов с мозговыми инсультами на протяжении года проходили лечение в организованном стационаре дома.

В 71 (56,3%) случае пациенты (родственники) категорически отказались от госпитализации из-за убеждения, что состояние больных слишком тяжелое и транспортировка в стационар будет неблагоприятной.

При планировании работы были убеждены, что основной причиной отказов будут финансовые проблемы (10% отказов), но при анализе полученных результатов

установлено более глубокую проблему – убеждение населения в отсутствии надлежащего внимания лежачим пациентам преклонных лет в стационаре (23% отказов).

Остальные отказы от госпитализации распределились следующим образом: 8 (6,3%) больных убеждены, что болезнь "пройдет сама", 5 (4,0%) отказались из-за лежачего положения до мозгового инсульта, что обусловлено другими инвалидизирующими заболеваниями.

Впервые больные осмотрены семейным врачом через $35,5 \pm 2,9$ часов от появления симптомов мозгового инсульта, а консультированы неврологом – через $3,8 \pm 0,3$ суток. Во второй группе догоспитальный период составил в среднем $14,9 \pm 4,2$ часа, что достоверно меньше, чем первичная консультация специалистом на дому.

Выявлено, что летальность до одного месяца в подгруппе 1.2 и второй группе достоверно не отличалась. В свою очередь, летальность до года была более высокая у пациентов, которые лечились в стационаре.

Инвалидизация за шкалой Ренкина в остром периоде мозгового инсульта была максимальной со значительным регрессом до 3-го месяца в подгруппе 1.2 и второй группе. Инвалидизация во второй группе была достоверно меньшей до 12-го месяца.

Уход за пациентами в ранний и поздний восстановительный периоды мозгового инсульта подгруппы 1.2 оказался лучшим, если принимать во внимание больных с выраженной функциональной зависимостью.

Ключевые слова: общая практика семейная медицина, острые нарушения мозгового кровообращения, тактика ведения, клиника, диагностика, лечение.

SUMMARY

Latokha I.O. Efficiency of grant of medicare to the patients is with acute stroke, which were not hospitalized to profile permanent establishment. – The Manuscript.

Thesis for a Candidate's degree of Medicine in the fields: 14.01.15 – nerves diseases. – Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, 2016.

In the thesis a theoretical ground is presented and the directions of the practical decision of actual scientific problem with the improvement of organization of medical aid to the patients with the acute stroke and by an analysis of the treatment schemes of patients which were not hospitalized.

Causes of out-patient treatment and home treatment of the patients with the acute stroke are studied. The index of lethal outcomes/ recoveries of out-patient treatment is established. The features of clinical situation, the motion of the acute stroke on out-patient treatment are determined.

The research results are inculcated in a treatment process in the polyclinic of Chernigov city hospital № 2, the information sheet about the innovation in the sphere of health protection is given out.

Keywords: general practice family medicine, acute stroke, clinic, tactics of treatment, diagnostics, treatment.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

| | |
|------------|------------------------------------------------------|
| АТ | – артеріальний тиск |
| ВББ | – вертебро-базиллярний басейн |
| ГПМК | – гостре порушення мозкового кровообігу |
| ЕМД | – екстрена медична допомога |
| лікар ЗПСЛ | – лікар загальної практики - сімейний лікар |
| ЛСМА | – ліва середня мозкова артерія |
| МІ | – мозковий інсульт |
| НГМ | – набряк головного мозку |
| НМАПО | – Національна медична академія післядипломної освіти |
| ПСМА | – права середня мозкова артерія |
| ЦД | – цукровий діабет |
| ЧМЛ | – Чернігівська міська лікарня |