

Прокопів М.М.¹, Титова Т.А.²

¹ Національний медичний університет імені А.А. Богомольця, Київ, Україна

² Національний університет здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, Київ, Україна

Prokopiv M.¹, Titova T.²

¹ Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

² Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Пути оптимизации профилактики мозговых инсультов в условиях мегаполиса: роль семейного врача

Ways to Optimize the Prevention of Cerebral Strokes in a Metropolis: the Role of a Family Doctor

Резюме

В статье приведены статистические данные по заболеваемости, распространенности и смертности от мозгового инсульта в г. Киеве. Эти данные превышают соответствующие показатели в ряде развитых стран и свидетельствуют о проводимой на недостаточном уровне профилактической работе, обуславливают необходимость разработки специальных профилактических программ для снижения частоты инсультов, улучшения превентивных и лечебных мероприятий для лиц, уже перенесших это заболевание. Предложена разработанная система медико-социальных кластеров помощи при цереброваскулярных болезнях. Рекомендован план мероприятия по первичной и вторичной профилактике цереброваскулярных заболеваний и мозговых инсультов на первичном уровне оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: г. Киев, мозговые инсульты, первичный уровень оказания медицинской помощи, профилактические программы.

Abstract

The article provides statistical data on the incidence, prevalence, and mortality from cerebral stroke in Kiev. These data exceed the corresponding indicators in a number of developed countries and indicate that preventive work is carried out at the insufficient level, necessitate the development of special preventive programs to reduce the frequency of strokes, improve preventive and therapeutic measures for people who have already had this disease. The developed system of medical and social clusters of care for cerebrovascular diseases is proposed. The plan for the primary and secondary prevention of cerebrovascular diseases is recommended.

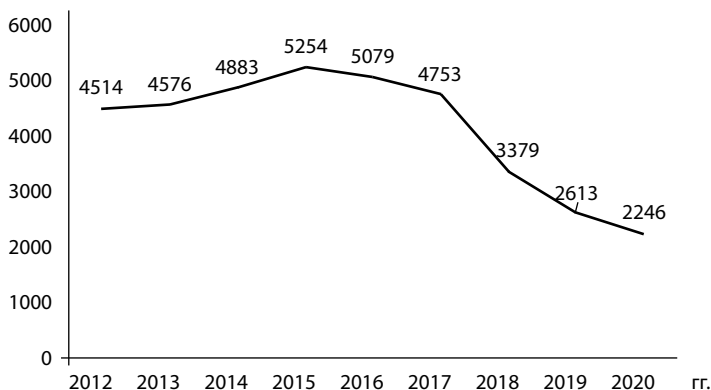
Keywords: Kiev, cerebral strokes, primary level of medical care, preventive programs.

Мозговые инсульты (МИ) являются глобальной проблемой современности и занимают одно из важных мест среди заболеваний сердечно-сосудистой системы [1–3]. Это обусловлено высокой распространенностью МИ, сложностью лечения и тяжелыми последствиями болезни. Согласно данным ВОЗ, ежегодно в мире инсульт поражает около 20 млн человек, из которых более 5 млн умирает. Треть из выживших пациентов становится инвалидами и нуждается в посторонней помощи в повседневной жизни [4, 5]. В то же время в мире прогнозируется рост случаев инсульта и летальности от них: в 2030 году ожидается 23 млн и 7,8 млн соответственно. Это во многом обусловлено «старением» населения и ростом распространенности в популяции сосудистых факторов риска инсульта. Так, артериальной гипертензией в Украине страдает более 12 млн жителей (28,3% населения), сахарным диабетом – 1,5 млн (3% населения), ишемической болезнью сердца (ИБС) – 18,1% населения.

В Украине в 2019 году было зарегистрировано 129,1 тыс. пациентов с МИ, из них 24 тыс. умерло. Показатель летальности (18,6) не только в последний, но и в предыдущие годы превышает соответствующие показатели развитых стран Европы [6, 7].

По данным официальной статистики Киевского городского научно-информационно-аналитического центра медицинской статистики, в 2020 г. в городе было выявлено 2246 случаев первичных мозговых инсультов. Динамика выявленных первичных случаев всех видов мозговых инсультов в городе за годы динамического наблюдения представлена на рисунке.

Если сравнить количество впервые выявленных МИ за последние 5 лет, то оно уменьшилось в 2,3 раза и почти вернулось к значению показателя десятилетней давности (2209 выявленных случаев МИ в 2009 году). Следует отметить, что треть из заболевших во все годы составляют лица трудоспособного возраста.



Динамика случаев первичных инсультов в г. Киеве (2012–2020 гг.)

Dynamics of primary strokes in Kyiv (2012–2020)

Заболеваемость мозговыми инсультами в пересчете на 100 тыс. взрослого населения г. Киева в 2020 г. составила 95,6, что свидетельствует о положительной динамике показателя за последние 10 лет (уменьшение в 2,64 раза ($p \leq 0,05$) при Т-критерии достоверности 5,7). В то же время в городе общее количество зарегистрированных пациентов с МИ не уменьшается и находится на уровне 9–10 тыс. зарегистрированных случаев в год. Стабильные показатели распространенности МИ удерживаются за счет увеличения количества повторных инсультов. Главной причиной этого, по-видимому, является недостаточная профилактическая работа, в частности по профилактике возникновения повторных МИ. Летальность в городе вследствие ишемических инсультов составляет 14,5–15,5, от геморрагических инсультов – 38,5–42,0.

Из приведенных выше данных следует необходимость разработки специальных профилактических программ для снижения частоты инсультов, улучшения превентивных и лечебных мероприятий для лиц, уже перенесших это заболевание.

При приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в городе функционирует 28 центров ПМСП и 252 врачебные амбулатории, в состав которых введено 1261,5 должности семейных врачей и 1309,5 семейных медицинских сестер, с которыми заключили декларации 64,2% жителей города (с уровнем 1,95 обращения в год, из которых доля обращений с профилактической целью составляет 29,1%).

Проведенный нами анализ 376 экспертных анкет семейных врачей показал, что подавляющее большинство опрошенных врачей имеют нерегулярную информацию о той специализированной неврологической или нейрохирургической помощи, которая оказывалась пациентам по поводу ЦВБ и МИ. Чаще всего эта информация исходит от самих пациентов или их родственников. К тому же только $6,41 \pm 1,2\%$ семейных врачей имеют рекомендации врачей-специалистов по тактике ведения пациентов в послегоспитальном периоде. При этом они низко оценили уровень личных знаний по вопросам профилактики ЦВБ. Для получения необходимых знаний опрошенные врачи считают необходимым проведение краткосрочных целевых тренингов с последующими дистанционными занятиями – $65,22 \pm 2,4\%$ и обеспечение необходимыми методическими материалами – $90,16 \pm 1,4\%$.

С целью улучшения качества оказания помощи в городе нами разработана система медико-социальных кластеров помощи при цереброваскулярных болезнях. Сама методология создания кластеров базировалась на достижении конечной цели: повышение доступности и эффективности медицинской помощи населению мегаполиса при цереброваскулярных болезнях (ЦВБ) и МИ и снижение бремени заболевания. Нами выделено четыре кластера медицинской помощи при ЦВХ: профилактика развития ЦВБ, профилактика развития МИ, оказание медицинской помощи (амбулаторной, экстренной и стационарной) при ЦВБ и МИ и сопровождение лиц, перенесших МИ [8].

За каждым кластером определены исполнители: медицинские работники службы первичной медико-санитарной помощи, экстренной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, частные учреждения оказания медицинской помощи, система общественного здоровья, система паллиативной помощи, социальные службы,

общественные организации. Большое значение в организации оказания помощи пациентам с МИ отдается врачам общей практики – семейным врачам. Именно они являются первым звеном общения с пациентом. Их задачей является профилактика ЦВЗ, мозговых инсультов, оказание медицинской помощи в случае этих заболеваний и сопровождение пациента после перенесенного инсульта.

Европейское бюро ВОЗ приняло «План действий по борьбе с инсультом в Европе в 2018–2030 годы» – ESAP (European Stroke Action Plan), который подготовила Европейская организация инсульта (ESO – European Stroke Organisation) в сотрудничестве с Европейским альянсом борьбы с инсультом (SAFE – Stroke Alliance for Europe) [9]. План действий по борьбе с инсультом в Европе в 2018–2030 гг. согласуется и дополняет такие документы, как Глобальный план действий ВООЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями в 2013–2020 гг., План действий Европейского региона ВООЗ для борьбы с НИЗ, Цели устойчивого развития ООН на 2015–2030 гг. и Гельсингборгская декларация 2006 года.

Основные положения, касающиеся первичной медицинской помощи пациентам с мозговым инсультом, отражены именно в Гельсингборгской декларации 2006 года, цель которой заключалась в том, чтобы все страны стремились уменьшить основные факторы риска развития инсульта среди населения своих стран, где важнейшим остается борьба с артериальной гипертензией и табакокурением. План действий по борьбе с инсультом в Европе охватывает цели для каждой сферы деятельности врача; составляющие плана: первичная профилактика, организация помощи в случае инсульта, лечение в острый период инсульта, вторичная профилактика, реабилитация, оценка результатов лечения и образа жизни после инсульта.

С учетом поставленных глобальных целей первичное звено медицинской помощи вместе со службами общественного здоровья должны сыграть значительную роль в их реализации. Внедрение здорового образа жизни и формирование у населения ответственного отношения к личному здоровью, которое может формировать семейный врач, является важным фактором эффективного профилактического вмешательства семейного врача на индивидуальном уровне пациента.

В научной литературе приводятся убедительные доказательства того, что важно осуществлять эффективные вмешательства на уровне общественного здоровья, которые влияют на широко распространенные факторы риска развития НИЗ, особенно модифицированные поведенческие факторы риска: отказ от курения, злоупотребления алкоголем, соблюдение регулярной физической активности, ограничение употребления поваренной соли, соблюдение диеты лицами, имеющими повышенный индекс массы тела. Такие мероприятия важны на общегосударственном и первичном уровне: на рабочих местах, в учебных заведениях, общинах и на уровне семьи.

Американская ассоциация сердца установила главные цели, которые должны быть достигнуты к 2020 году с целью улучшения сердечно-сосудистого здоровья населения. Они определяются комбинацией изменения образа жизни с регулярным соблюдением 4 здоровых привычек и поддержкой 3 факторов здоровья [10]. Условия изменения образа жизни:

- 1) регулярная физическая активность (упражнения);
- 2) поддержание идеального индекса массы тела;
- 3) отказ от курения;
- 4) отказ от злоупотребления алкоголем.

К числу таких факторов здоровья отнесены также поддержание нормального уровня холестерина, артериального давления и глюкозы крови.

В Украине сейчас формируется система общественного здоровья, которая основную свою деятельность должна направлять на сохранение и укрепление здоровья населения и продвижение здоровья. Эти мероприятия должны проводиться вместе с первичным звеном медицинской помощи. Они имеют общие цели, но разные методы работы и формы профилактического воздействия.

С целью выполнения поставленной задачи следует внедрять скрининг факторов риска развития инсульта и лечения лиц, перенесших мозговой инсульт. К тому же меры по устранению или ослаблению действия факторов риска должны быть приоритетными в работе врачей первичного звена медицинской помощи [11].

План действий по борьбе с инсультом ставит перед врачами следующие задачи:

- сделать доступными обоснованные доказательные программы скрининга факторов риска инсультов и осуществления мероприятий по их устранению во всех европейских странах;
- обеспечить выявление и контроль высокого артериального давления у 80% людей с артериальной гипертензией, уровня глюкозы и сахара в крови.

Введение в системе здравоохранения страны скрининговых программ возможно только в случае привлечения к данной деятельности врачей общей практики, семейных врачей.

Нами для проведения скрининга разработана и рекомендована для применения в стране «Унифицированная анкета для выявления кардио-цереброваскулярных заболеваний», которая прошла апробацию и показала высокий уровень специфичности и чувствительности [12] и координируется с европейскими подходами «Скрининг в первичной помощи: клиническая установка, основанная на доказательствах» [13].

Обеспечение скрининга, медицинские вмешательства и соблюдение существующих схем медикаментозного лечения на индивидуальном уровне важны, однако необходимо также реализовывать профилактические программы на уровне общества. И эту задачу должна выполнять именно система общественного здоровья. Она включает такие меры, как продажа качественных продуктов в общественных местах, запрет курения, уменьшение количества употребляемого сахара и поваренной соли в обработанных пищевых продуктах и безалкогольных напитках, санитарное просветительство в вопросах здоровья и коммуникационные кампании в области общественного здоровья с целью повышения осведомленности населения о поведенческих факторах риска развития инсульта, которые подвергаются модификации, и способах воздействия на них.

Мероприятия по вторичной профилактике могут снизить на 80% количество повторных инсультов среди лиц, которые перенесли его

ранее. Важны диагностика и лечение транзиторных ишемических атак, своевременное их обследование, включая методы нейровизуализации, внедрение мер по надлежащей оценке риска и частоты возникновения повторной ишемической атаки / ишемического инсульта. В случае выявления лиц с высоким риском цереброваскулярных заболеваний важным является проведение среди них индивидуальных лечебных мероприятий. Подобная стратегия оправдана, она требует меньших экономических затрат, способствует достижению положительного результата.

Такие факторы риска развития мозговых инсультов, как регуляция питания, злоупотребление алкоголем и курение, наркомания, ожирение, высокие показатели артериального давления и уровня холестерина в крови, фибрилляция предсердий, сахарный диабет и апноэ во сне подвергаются модификации и должны быть приняты и учитываться каждым пациентом, поскольку они потенцируют друг друга.

Семейные врачи и специалисты системы общественного здоровья должны мотивировано объяснять важность действий для каждого субъекта по уменьшению негативного воздействия указанных факторов риска развития заболевания и помочь в каждом конкретном случае их минимизировать или избежать [14].

Именно поэтому ВООЗ отмечает, что жизненно важным является включение мероприятий вторичной профилактики в национальные планы борьбы с инсультом с последующим их внедрением в систему первичной медицинской помощи.

Что касается пациентов, перенесших церебральный инсульт, то для них рекомендуется применение, кроме ранней реабилитации, мер поздней реабилитации и реинтеграции по месту жительства.

Обычно в жизни пациента после инсульта есть общие устойчивые проблемы, которые прежде всего оказывают влияние на когнитивное развитие, настроение и психическое состояние пациента. Их можно модифицировать соответствующими лекарственными препаратами, профилактическими мерами. В литературе мало информации о дальнейшей реабилитации пациента после одного года применения восстановительного лечения. Однако у лиц с длительной потерей трудоспособности, как правило, наблюдается ухудшение состояния здоровья, развиваются сопутствующие соматические и церебральные нарушения. Поэтому такие пациенты должны находиться под регулярным наблюдением врача-невролога. После перенесенного инсульта пациенты часто страдают спастичностью, болью, парестезиями и нарушением чувствительности. При такой клинической ситуации целесообразно использование опросника PSC как инструмента для скрининга, с помощью которого врач может быстро выявить проблему постинсультного пациента.

Несмотря на незначительное количество исследований, методики физически ориентированного подхода, такие как тренировка баланса, упражнения для верхних и нижних конечностей, уже продемонстрировали положительный эффект у пациентов даже через год после перенесенного инсульта. Хотя Кокрановский анализ не смог сделать четкие выводы, выявлена общая положительная тенденция к применению методики физически ориентированного подхода [15]. Так, медицинская

реабилитация может помочь даже пациентам с тяжелым течением инсульта – реабилитация экономически себя оправдывает.

Для многих пациентов молодого возраста улучшение качества жизни и возвращение к работе после МИ являются принципиальными требованиями, а также незаменимым источником экономического дохода. Поэтому профессиональная реабилитация имеет решающее значение для многих лиц. Все пациенты и их родственники должны поддерживать контакт с врачами-специалистами и получать результаты повторной оценки неврологического статуса через 6–12 месяцев, соответствующие рекомендации, а затем консультироваться с врачами в течение не менее 3 лет после инсульта [16].

В профилактике мозговых инсультов важная роль отводится семейному врачу. При организации эффективной комплексной деятельности первичного звена объем специализированной медицинской помощи пациентам с цереброваскулярными заболеваниями и мозговыми инсультами будет значительно сокращен.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Kim A.S., Johnson S.C. (2011) Global variation in the relative burden of stroke and ischemic heart disease. *Circulation*, vol. 124(3), pp. 314–323.
- Global health estimates: deaths by cause, age, sex and country, 2000–2012. (2014) Geneva: World Health Organization.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2018) Findings from the Global Burden of Disease Study. Seattle, WA: IHME.
- Bogouslavsky J., Auri J., Kimura J. (2003) Stroke and neurology: a plea from the WFN. *Lancet*, no 2, pp. 212–213.
- Zozulia A.L., Slabkyi H.O. (2012) Zakhvorivaniist ta smertnist naselennia Ukrainy – yak svitova problema. *Zbirnyk naukovykh prats spivrobitnykiv NMAPO imeni P.L.Shupyka*. Kyiv. vol. 21, kn. 2, pp. 706–711.
- Derzhavna sluzhba statystyky [Elektronnyi resurs]. Rezhym dostupu: <http://www.ukrstat.gov.ua/> Nazva z ekranu.
- Zinchenko O.M., Mishchenko T.S. (2016) Stan nevrolohichnoi sluzhby v Ukraini v 2015 rotsi. Kharkiv, p. 23.
- Prokopiv M.M. (2021) Medyko-sotsialne obhruntuvannia optymizovanoi systemy profilaktyky ta medychnoi dopomohy naselenniu z tserebrovaskuliarnymi khvorobamy na rivni mehopolisu v umovakh reformuvannia haluzi okhorony zdorovia *Avtoferat dysertatsii na zdobuttia naukovoho stupenia doktora medychnykh nauk*, Kharkiv, p. 43.
- Bo Norrving, Jon Barrick, Antoni Davalos, Martin Dichgans, Charlotte Cordonnier, Alla Guekht, Kursad Kutluk, Robert Mikulik, Joanna Wardlaw, Edo Richard, Darius Nabavi, Carlos Molina, Philip M Bath, Katharina S. Sunnerhagen, Anthony Rudd, Avril Drummond, Anna Planas, Valeria Caso on behalf of the Action Plan for Stroke in Europe Working Group. Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. *European Stroke Journal*, vol. 3(4), pp. 309–336.
- Ishemichnyi insult: rekomendatsii AHA ta ASA 2011// <https://www.umj.com.ua/article/168559/ishemichnyi-insult-rekomendatsii-aha-ta-asa-2019-chastina-ii?fbclid=IwAR2DH3fybxcMIIBSbqAm8gWhHuekHsxy45ZK3rCPQoGx7ggj5YQ4Lab4>.
- Kim I.V., Kokurina E.V., Varakin Yu.L. (2011) Novaya skринingovaya metodika dlya aktivnogo vy'yavleniya kardioneurologicheskikh zabolevaniy v pervichnom zvene zdoravookhraneniya. «Kardiovaskulyarnaya profilaktika i reabilitatsiya 2011» i «Neinfekzionny'e zabolevaniya i zdorov'e naseleniya Rossii»: materialy ob'edinennoy nauchno-prakticheskoy konferentsii Prilozhenie 1 k zhurnalu «Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika» [New screening method for active detection of cardioneurological diseases in the primary healthcare. "Cardiovascular prevention and rehabilitation 2011" and "Non-infectious diseases and health of population of Russia": materials of joint scientific-practical conference. Supplement to the journal "Cardiovascular therapy and prevention"], vol. 10, no 4, pp. 106.
- Slabkyi H.O., Prokopiv M.M. (2019) *Metodychni rekomendatsii shchodo optymizatsii medychnoi dopomohy naselenniu mehopolisu iz tserebrovaskuliarnymi khvorobamy* [Guidelines on optimization of medical care for the population of metropolis with cerebrovascular diseases]. Kyiv, p. 31. (in Russian)
- Slabkyi H.O. (2018) *Skrynnih u pervynni dopomogi klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh* [Screening in primary health care..., based on evidence]. «Ukrainska asotsiatsiia simeinoi medytyny». Kyiv, p. 464. (in Russian)
- Elfimova E.V., Elfimov M.A. (2011) Kak pov'y'sit' priverzhennost' k lecheniyu i sdelat' bol'nogo soyznikom vracha [How to increase adherence to treatment and make a patient a doctor's partner]. *Zamestitel' glavnogo vracha*, no 4, pp. 100–108.
- Gerasimenko M.Yu., Afoshin S.A., Lazarenko N.N. (2011) Fizicheskie faktory v kompleksnoy reabilitatsii bol'nykh s ostrymi narusheniyami mozgovogo krovoobrashcheniya [Physical factors in complex rehabilitation of patients with acute disorders of cerebral circulation]. *Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya*, no 6, pp. 51–56.
- Belova A.N. (2000) *Nejroreabilitatsiya: rukovodstvo dlya vrachej* [Neurorehabilitation: guide for physicians]. M.: Antidor, p. 568. (in Russian)

Подана/Submitted: 24.05.2021

Принята/Accepted: 31.05.2021

Контакты/Contacts: prokopivmm@gmail.com