

УДК 616.853.009-24:615.874.2

**ОТБОР ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ**

*Галиновская Н. В.¹, Иванцов О. А.², Лемешков Л. А.²,
Скачков А. В.², Любан И. Е.², Стасенко С. М.¹, Протасовицкая Я. В.¹,
Гречко В. В.¹, Железнякова Д. А.¹, Самусенко И. А.¹,
Новик А. А.¹, Мокейчик Т. М.¹, Сугак Т. Г.¹*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь
инвалидов Великой Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Мозговой инсульт является лидирующей причиной общей смертности и инвалидности в мире. Более 75 % от всех инсультов составляет инфаркт мозга (ИМ). Тромболитическое лечение, доступное для пациентов в первые 4,5 ч от момента мозговой катастрофы, является на сегодняшний день наиболее эффективным способом снижения числа летальных исходов и формирования тяжелого функционального дефицита у таких пациентов [1]. При правильной организации транспортировки и работы приемного отделения больничного учреждения, оказывающего помощь пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения, процент пациентов, подвергшихся тромболизису может достигать 14 % [1]. Между тем в учреждениях Гомельской области своевременному введению рекомбинантного активатора плазмогена подвергаются менее 1 % заболевших.

Цель

Анализ причин отказа от выполнения тромболитического лечения у пациентов с достоверным диагнозом «Инфаркт мозга».

Материал и методы исследования

Выполнен одномоментный поперечный анализ данных 159 историй стационарного пациента, поступивших в учреждение «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» за период первого квартала 2021 г. В исследование были включены все лица, госпитализированные с предварительным диагнозом «Инфаркт мозга», среди них 84 женщины и 75 мужчин, средний возраст пациентов составил 71,06 лет. Все пациенты были доставлены каретой «Скорой помощи», осмотрены в приемном отделении врачом-неврологом, врачом-терапевтом, при необходимости — врачом-анестезиологом-реаниматологом. Всем поступившим в соответствии с действующим протоколом [3] выполнены лабораторные (общий анализ крови и мочи, уровень гликемии, биохимический анализ крови, коагулограмма), инструментальные (электрокардиография, компьютерная томография головного мозга, ультразвуковое сканирование брахиоцефальных артерий) и физикальные методы обследования, медицинским персоналом заполнена

шкала оценки тяжести инфаркта мозга Шкала инсульта Национального института здоровья Соединенных Штатов Америки (NIHSS) Сопутствующие заболевания распределились следующим образом: артериальная гипертензия — 145 (91,2 %) человек, ишемическая болезнь сердца — 140 (88,05 %) человек, сахарный диабет — 32 (20,13 %) человека, острый респираторный синдром — 24 (15,09 %) человек. Решение о введения рекомбинантного активатора плазмогена принималось в первые 40 мин от поступления пациента в приемное отделение.

Из поступивших критериям включения в когорту для проведения тромболитического лечения соответствовало 2 человека.

Результаты исследования и их обсуждение

Критерии исключения [3] из когорты для проведения тромболитического лечения имели место у 157 человек. Среди них наиболее частой причиной отказа служило время от момента начала ИМ до поступления в приемное отделение (102 человека, 65 % отказов). Медиана ожидания составила 12 ± 4 ч. Ночные инсульты, когда время начала заболевания точно установить не удалось, отмечены у 51 (32,48 %) человека. Обоснованием задержки со слов родственников или самого пациента служило позднее обращение за медицинской помощью.

Вторым по частоте критерием исключения стало не достижение необходимого уровня артериального давления [3]: 36 (22,93 % человек). Среди остальных причин отказа, на которые приходилось 13,5 % (13 человек), был возраст пациентов старше 80 лет, большой размер очага ишемии, прием антикоагулянтов и хирургическое вмешательство в краткосрочном анамнезе. Наличие сопутствующих заболеваний, исключая степень выраженности артериальной гипертензии, решение о возможности лечения не влияло.

Выводы

Таким образом, основной причиной недостаточного количества пациентов с ИМ, которые могли быть включены в программу тромболитического лечения, является позднее обращение за медицинской помощью. Из вышесказанного следует необходимость усиления профилактической работы среди населения по выявлению и профилактике факторов риска ИМ, определению первых признаков ИМ и обучению неотложным действиям в случае их появления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association / W. J. Powers [et al.] // American Stroke Association. Stroke. — 2019. — № 50(12). — P. 344–418.
2. Testing the presumption of consent to emergency treatment for acute ischemic stroke / W. Chiong [at al.]. — 2014. — № 311(16). — P. 1689–1691.
3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 8 от 18.01.2018 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)».
4. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 24.01.2018 № 47 «Об утверждении Инструкции по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения («Дорожная карта»)».