

# ВАЖЛИВІ ПИТАННЯ сучасної неврології

За матеріалами науково-практичної школи  
з міжнародною участю «Карпатські читання-2017»  
(29 червня – 1 липня 2017 р., Ужгород, Україна)

Т.В. Антонюк,  
Київська міська клінічна лікарня № 1, м. Київ

**В** Ужгородському національному університеті відбулася одна з найцікавіших і значущих щорічних медичних подій – Школа клінічних нейронаук «Карпатські читання-2017», що є майданчиком для обговорення актуальних питань сучасної неврології.

Проблема судинних захворювань головного мозку має велике медико-соціальне значення, яке зумовлене їх вагою часткою в структурі захворюваності та смертності населення. За даними ВООЗ, щорічно від цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) помирає понад 5–7 млн осіб. Нині показники смертності від ЦВЗ в Україні є надто високими (до 200 осіб на 100 тис. населення).

Цього року в рамках конференції проведено спільне засідання Української асоціації боротьби з інсультом, Асоціації нейрохірургів України та Керівного комітету Європейського проекту ESO EAST/Ініціатива ANGELS. Мета проекту – об'єднання зусиль фахівців задля розв'язання проблем, пов'язаних із наданням кваліфікованої та ефективної медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом. Його реалізація в Україні здійснюється вже декілька років поспіль, що дає змогу пацієнтам з інсультом отримувати лікування комплексно на достойному кваліфікованому рівні, який відповідає ключовим вимогам Європейської організації інсульту. Про основні засади проекту, важелі реалізації та перші результати розповіли співголова Керівного комітету ESO EAST/Ініціативи Angels С.П. Московко та члени Керівного комітету Ю.В. Фломін, А.П. Гук.

Українська асоціація боротьби з інсультом активно підтримує впровадження згаданого проекту в нашій державі. Успіх у його реалізації залежить від зусиль усіх, хто зможе забезпечити підтримку та надати необхідну допомогу. Активна участь МОЗ України, медичної спільноти та громадськості значно підвищить імовірність отримання позитивних здобутків та буде надзвичайно важливою для оптимального спрямування та координації зусиль у подоланні проблеми інсульту в Україні.

Про перші кроки на шляху реалізації проекту в країнах-учасниках розповів завідувач Інсультного центру Медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг», канд. мед. наук Юрій Володимирович Фломін, зокрема про результати збору даних із звітний період за допомогою реєстру RES-Q (Registry of Stroke Care Quality). Це електронна база, що була створена спеціально для проекту ESO

EAST, вона є простим засобом отримання та аналізу основних показників, які характеризують якість надання допомоги хворим з інсультом у лікувальних установах. Зазначений реєстр схвалений правлінням ESO EAST як основний інструмент моніторингу якості надання допомоги при інсульті у східних країнах Європейського регіону. За період його існування в ньому уміщено дані вже понад 8 тис. пацієнтів з інсультом у країнах-учасниках. Згідно з даними офіційної статистики, тільки в Україні за цей час зареєстровано понад 8 тис. гострих інсультів. Отже, до реєстру RES-Q внесено дані менш ніж 15 % загальної кількості хворих, і таку частку не можна вважати достатньою для того, щоб робити ґрунтовні висновки про якість стаціонарної допомоги зазначеним хворим по країні загалом.

У своїй доповіді консультант Ініціативи ANGELS в Україні Лев Олександрович Приступок зосередив увагу на основних завданнях та перших успіхах проекту ESO EAST в Україні, нагадавши, що часу на роздуми чи повільні кроки – обмаль. Адже нині кожні 30 хв одна людина у світі помирає від інсульту. Ми ставимо перед собою дві мети: покращити надання допомоги у вже існуючих лікувальних закладах та створити спеціалізовані відділення для пацієнтів із гострим інсультом. Наше головне завдання – поліпшити якість життя людей після інсульту».

Лев Олександрович зауважив, що за світовим стандартом, доставити хворого до лікарні, встановити діагноз і визначити тактику лікування треба за 60 хв. Інсульт – це стан, коли рахунок іде на хвилини, бо недоотримуючи необхідні речовини, мозок просто помирає. Тому фактор часу є надзвичайно вагомою складовою в отриманні якісної та результативної допомоги. Сьогодні в Європі намагаються зменшити цей показник до 20 хв, а якщо він перевищує вказані 60 хв, то таку установу взагалі закривають. Однак лікарі «швидкої» можуть тільки запідозрити наявність того чи іншого діагнозу, а остаточний висновок нададуть безпосередньо в лікарні.

Українська асоціація нейрохірургів також бере активну участь у ESO EAST/Ініціатива Angels, оскільки, за статистикою, не менше 30 % пацієнтів з інсультом потребують саме нейрохірургічної допомоги.

Про основні засади комплексного підходу розповів член Керівного комітету проекту, канд. мед. наук Андрій Петрович Гук. Встановлення показань для хірургічного лікування у хворих з ішемічними ураженнями головного

мозку, стан яких може потенційно поліпшитися в результаті проведеного оперативного втручання, можливе лише після ретельного клінічного та інструментального обстеження.

На думку спікера, направлення пацієнта на хірургічне лікування доцільне лише після того, як лікар:

- встановить ішемічну природу симптоматики, що спостерігається у хворого;
- визначить патофізіологічні механізми, відповідальні за виникнення захворювання;
- оцінить перспективність хірургічного лікування.

Хірургічні підходи до лікування ішемічних інсультів можна умовно розділити на декілька груп:

- оперативні втручання, спрямовані на ургентну деоклюзію магістральних судин шиї або головного мозку, що спричинили ішемію мозку;
- хірургічні втручання, націлені на декомпресію головного мозку, і відповідно зменшення дислокації його структур мозку;
- операції, скеровані на вторинну профілактику ішемічних порушень мозкового кровообігу.

Що стосується лікування спонтанного субарахноїдального крововиливу, то лікарі мають розуміти основні механізми, які призводять до виникнення складних, нерідко фатальних для хворих наслідків. Близько 15 % пацієнтів помирають безпосередньо через швидке підвищення внутрішньочерепного тиску, що зумовлює глобальну ішемію мозку та припинення мозкового кровообігу. Водночас у більшості хворих швидке залучення компенсаторних механізмів дає змогу запобігти критичному підвищенню інтракраніального тиску. До найбільш небезпечних ускладнень належать повторний крововилив, поглиблення неврологічного дефіциту через вазоспазм та гостра гідроцефалія. На завершення виступу Андрій Петрович зауважив, що ефективне лікування інсульту залежить від злагодженої роботи всіх членів команди: і «швидкої», і неврологів, і анестезіологів, і радіологів, і лаборантів, і керівництва лікарні.

Наступний блок заходу був присвячений больовим синдромам у нижній частині спини. Доповідь завідувача кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету Михайла Михайловича Ороса була присвячена хронічному болу та тривозі, що невід'ємно пов'язані між собою. Він нагадав учасникам заходу про необхідність розглядати нейропатичний біль у поєднанні з численними процесами у ЦНС, що його супроводжують. Указані процеси нерідко є вторинними щодо болю, але можуть відбуватися незалежно від нього, модулюючи його відчуття. Це необхідно пам'ятати при виборі тактики лікування та навчання пацієнта. До того ж слід уникати факторів, які збільшують відчуття болю, серед них: супутні тривоги, страх, депресія, хронічний стрес та безсоння. Навпаки, зменшують відчуття болю: позитивні емоції, гарний сон, подолання стресу, секс, здорове харчування, розваги, фізична та соціальна активність. У своїй промові доповідач окремо зупинився на функціональних змінах мозку, які розвиваються при прогресуванні нейропатії:

- соматосенсорні розлади (гіпералгезія, алодинія, спонтанний біль) при залученні до процесу первинної сенсорної та моторної кори, таламуса, заднього острівця;
- порушення емоційної сфери (депресія, тривога, синдром дефіциту заохочення) при залученні

поясної, орбітофронтальної, медіальної фронтальної кори, переднього острівця, прилягаючого ядра (nucleus accumbens), гіпокампа, мигдаликів;

- розлади когнітивно-інтегративних процесів (пам'ять, пізнання), коли задіяні базальні ганглії, парієтальна кора, скронева частка, гіпокамп, а також порушення процесів модуляції больового відчуття (збільшена чутливість, зменшена відповідь на анагетики) при змінах у навколоводогінній сірій речовині, клиноподібному ядрі, ядрі шва.

Зважаючи на багаторівневу організацію ноцицептивної системи, набір лікарських засобів, що використовують для впливу на кожному рівні, дещо різниться.

Так, для впливу на процеси трансдукції (периферична ланка) застосовують місцеві форми нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), капсаїцин. На процеси трансмісії (задні роги спинного мозку) можна успішно впливати за допомогою системних НПЗП, опіатів, антагоністів NMDA-рецепторів, антиконвульсантів. Процеси перцепції (таламо-кортикальний зв'язок) піддаються дії системних НПЗП, опіатів, антидепресантів, антиконвульсантів. Сучасна лікувальна тактика в пацієнтів із наявними тривожними проявами передбачає використання як препарату першого ряду прегабаліну та антидепресантів груп селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (СІЗЗСН). Ефект від їх прийому зазвичай проявляється за 4–6 тижнів. Надалі тактика лікування залежить від характеру відповіді: за позитивної — прийом препарату продовжується, за часткової — пролонгується ще на 4–6 тижнів із подальшою повторною оцінкою відповіді; за відсутності відповіді — збільшення дози або зміна препарату.

До препаратів другої лінії терапії належать бензодіазепіни, однак вони здатні викликати звикання та залежність. Їх призначають пацієнтам, резистентним до лікування препаратами першого ряду, за умови відсутності хімічної залежності в анамнезі. Крім того, бензодіазепіни можна тимчасово призначати разом із препаратами першої лінії до початку антидепресивної дії.

Цікавою була лекція завідувача кафедри неврології Вінницького медичного університету д-ра мед. наук, професора Сергія Петровича Московка, яка присвячена 200-річчю хвороби Паркінсона (ХП). Незважаючи на чітку клінічну визначеність моторних проявів ХП, які є основою для постановки діагнозу, вказана патологія залишається неймовірно гетерогенною як на ранніх, так і на пізніх стадіях розвитку. Зацікавленість неврологічної спільноти питаннями ХП і руховими розладами пов'язана зі стрімким зростанням поширеності цієї патології у популяції. Наявність значного обсягу інформації з цієї теми, специфічних методів обстеження, особливо щодо ведення хворих, необхідність залучення суміжних спеціалістів (психіатрів, нейрохірургів, нейробіологів тощо) змушують виокремлювати цю високоспецифічну галузь із загальної неврології. Сьогодні вже відмічено формування окремої субспеціальності в неврології.

В більшості країн світу діє розвинена мережа спеціалізованих практичних і наукових медичних закладів, які поглиблено вивчають патологію рухової сфери і надають високоспеціалізовану допомогу пацієнтам. На жаль, в Україні проблемою рухових розладів і ХП опікуються

лише окремі центри, не маючи при цьому організаційної підтримки. Внаслідок чого обсяг діагностичних і лікувальних заходів суттєво відстає від світових стандартів якості й повноти надання адекватної допомоги хворим. Останнім часом цій проблемі присвячено досить значну кількість уваги в публікаціях і виступах на різноманітних конференціях та конгресах, що свідчить про активну зацікавленість указаним захворюванням і пошуком ефективних та доступних методів його лікування.

У рамках цього річної науково-практичної конференції пройшла також школа клінічної нутриціології (один із напрямів науки про харчування людини і тварин), де висвітлювали питання клінічного харчування неврологічних хворих.

Блок тематичних доповідей розпочала лікар-гастроентеролог, нутриціолог Універсальної клініки «Оберіг» Наталія Вікторівна Динник із матеріалом на тему «Основи клінічного харчування та проблеми мальнутриції в неврології». Недостатність харчування — одна з головних проблем медицини критичних станів, інтенсивної терапії та планової хірургії. Наразі цей стан поширений як серед пацієнтів із хронічними захворюваннями, які перебувають на амбулаторному лікуванні, так і серед тих, хто проходить курс лікування в стаціонарі. В першій групі близько 10 % хворих отримують недостатнє харчування. Насамперед, це хворі, які страждають на онкопатологію, а також із хронічними захворюваннями серцево-судинної системи і легенів. Уже при надходженні до стаціонару від 30 до 60 % пацієнтів відчувають тією чи іншою мірою нестачу в харчуванні, при цьому 10–25 % із них можуть мати навіть тяжкий ступінь недостатності харчування. В процесі госпіталізації нутритивний статус пацієнта може погіршитися через недбалість лікарів і медичних сестер, їх необізнаність або некомпетентність, а головним чином, через недооцінку важливості впливу недостатності харчування на результати лікування і захворювання загалом.

Залежно від тяжкості нутритивної недостатності, метаболічних порушень і функціонального стану шлунково-кишкового тракту та панкреато-гепатобіліарної зони, варіюються можливості використання шляхів введення лікарських засобів і планування реабілітаційного періоду пацієнта. Його нутритивна підтримка може бути реалізована за допомогою використання низки методів корекції розладів білкового та енергетичного обміну — додаткового орального, ентерального (ЕХ) або парентерального харчування (ПХ), а також їх комбінації.

Дані систематичних оглядів підтверджують практичні проблеми забезпечення ефективної нутритивної підтримки серед більшості хворих в ургентних станах. Тип, інтенсивність і тривалість нутритивної недостатності у таких хворих можуть видозмінюватися залежно від типу операції, діагнозу та наявності супутніх захворювань.

У більшості лікувальних установ при госпіталізації не проводять скринінг пацієнтів на наявність нутритивної недостатності, а також оцінювання нутритивних потреб та основного обміну у хворих за кількістю необхідних їм на добу кілокалорій за методом Гарріса-Бенедикта, не визначають добові потреби хворих у білках, жирах та вуглеводах, у макро- і мікронутрієнтах (вітаміни, мінерали елементи та ін).

Станом на сьогодні у світі опубліковано велику кількість рекомендацій і протоколів різних рівнів у галузі клінічного харчування.

В продовження зазначеної теми канд. мед. наук Дмитро Валерійович Гуляєв поінформував присутніх на конференції про клінічні рекомендації з нутритивної підтримки важкохворих пацієнтів з інсультом. Доповідач навів найважливіші принципи нутритивної підтримки у важкохворих, запропоновані одним із основоположників учення про штучне харчування А. Wretling: своєчасність, оптимальність та адекватність. Штучне харчування необхідно починати якомога раніше, ще до розвитку нутритивних порушень. Не можна чекати на виникнення білково-енергетичної недостатності, оскільки кахексію набагато простіше попередити, аніж вилікувати. Штучне харчування слід проводити до стабілізації нутритивного статусу. Харчування має покривати енергетичні потреби організму і бути збалансованим за складом поживних речовин, а також відповідати потребам хворого.

Вибір режиму харчування визначають за станом пацієнта, основною та супутньою патологією та відповідно до можливостей лікувального закладу. Хворі з тяжким інсультом, порушенням свідомості та бульбарними розладами не можуть адекватно отримувати їжу перорально, тому необхідно організувати повноцінне ентеральне харчування. Дані дослідження свідчать, що недостатність харчування у важкохворих пацієнтів може призводити до більш високої летальності, сповільненого одужання, загрози розвитку різноманітних ускладнень, тривалішого перебування в стаціонарі та вищої вартості реабілітації (Stratton, 2003; Doig, 2009). При цьому раннє харчування (до 24 годин) відповідною кількістю нутритивної суміші рекомендовано гемодинамічно стабільним пацієнтам у критичних станах із функціонуючим ШКТ. Д.В. Гуляєв акцентував увагу аудиторії на необхідності також слідкувати за дотриманням водного режиму (потреба у воді у дорослої людини сягає 30–40 мл/кг/добу).

При проведенні нутритивної підтримки (ентерального і парентерального харчування) слід правильно оцінити енергетичні потреби хворого, що здійснюють розрахунковими способами або за допомогою непрямой калориметрії. Розрахунок необхідної екзогенної енергії проводять індивідуально. Пацієнти з тяжким ступенем недостатності харчування мають отримувати ентеральне харчування в дозах 25–30 ккал/кг маси тіла/добу. Однак у деяких випадках досягти цільових показників неможливо, тому вводять додаткове парентеральне харчування.

Доповідач розповів про різноманітні суміші для ентерального та парентерального харчування, що представлені на ринку України. Вони готові до застосування, мають стандартизований склад та осмолярність, а також є стерильними.

Розробка та впровадження у клінічну практику стандартизованих підходів до нутритивної підтримки пацієнтів у критичних станах, оформлення їх у вигляді Національних клінічних настанов, є актуальною проблемою. Вказані рекомендації допоможуть забезпечити доступну інформацію, основувану на принципах доказової медицини, що дасть змогу індивідуалізувати сучасний підхід до нутритивної підтримки пацієнтів при конкретній патології. Однак ці настанови можуть суттєво різнитись через вплив локальних, соціальних, культурологічних факторів.