

**В. Й. Тещук,**  
кандидат медичних наук, начальник ангіоневрологічного відділення  
клініки нейрохірургії та неврології  
Військово-медичного клінічного центру Південного регіону України

**В. В. Тещук,**  
лікар-невролог відділення інтенсивної терапії загального профілю  
Центру анестезіології, інтенсивної терапії загального профілю  
та екстракорпоральної детоксикації комунального закладу  
Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня»

## ДОСВІД ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, КОТРІ ПЕРЕНОСИЛИ ГОСТРІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Професійні медичні об'єднання відіграють важливу роль в професійній діяльності, формуванні політики розвитку галузі та вирішенні всіх питань, пов'язаних з цим. В той же час громадські організації відіграють важливу роль в житті суспільства і сприяють розвитку демократії в країні, беручи участь у місцевому самоврядуванні, визначенні розвитку і діяльності громади [1]. Становлення ринкових відносин у країні вимагає формування нового господарського механізму, у якому найважливішу увагу приділяють державному регулюванню на регіональному рівні проблеми відновного лікування пацієнтів, котрі перенесли гострі порушення мозкового кровообігу (далі – ГПМК). Це одна з найскладніших та найважливіших проблем, що пов'язана зі специфікою нашої національної системи охорони здоров'я та особливостями перехідного періоду. Здійснення державної політики захисту даного гурту пацієнтів передбачає поєднання заходів тактичного та стратегічного характеру. В умовах прогресивного розвитку економіки, і тим більше в періоди застою та кризи, тактика суспільства, держави, регіонів, має забезпечити розв'язання проблеми відновного лікування пацієнтів, що перенесли інсульт. Перш за все, стратегія реалізації політики захисту даного гурту пацієнтів та їх родин, має бути спрямована на відкриття та підтримку ангіоневрологічних відділень, підтримку та забезпечення довготривалих сімейних проектів.

Метою даних тез є розгляд управлінських механізмів надання відновного лікування пацієнтам, котрі перенесли ГПМК, дати рекомендації по удосконаленню системи надання спеціалізованої допомоги даному гурту хворих.

Багато питань ще не вирішено, тому ціль тез полягає в аналізі проблем, які мали місце у пацієнтів, котрі знаходились на лікуванні у ВМКЦ ПР.

Протягом останнього десятиріччя була зміцнена політико-правова база охорони здоров'я з врахуванням міжнародних стандартів. Зокрема, прийняті Концепція охорони здоров'я України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Концепція реформування охорони здоров'я України, низка національних програм і нормативних документів. Видано понад 90 Указів Президента України, понад 400 постанов Кабінету Міністрів України, більше 2000 наказів Міністерства охорони здоров'я, де сформульовані законодавчі засади охорони здоров'я, з визначенням її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів.

Актуальність і необхідність вивчення проблеми державної політики у сфері охорони здоров'я привернули увагу вітчизняних і закордонних політологів, правників, медиків до цієї теми. У їх роботах широко аналізуються напрямки держав-

ної політики, її коригування з метою підвищення ефективності лікування населення, зміцнення політичної, правової, соціальної бази охорони здоров'я.

Разом з цим є підстава стверджувати, що вказана проблема ще не стала об'єктом глибокого комплексного її дослідження суспільствознавцями. Типовим недоліком опублікованих робіт є відсутність всестороннього аналізу політичного аспекту охорони здоров'я, обмеженість територіальних і вузькість часових рамок дослідження. Поза увагою вчених залишився критичний аналіз джерел, які часом носили суб'єктивний характер, прикрашали реальне становище, затушовували кризовий демографічний, екологічний, соціальний стан українського суспільства. Адже реальне суспільство, а потім вже і посттоталітарне суспільство залишалося соціально несправедливим, в кризовому стані знаходилась охорона здоров'я. За даними Українського інституту громадського здоров'я у 2001 році 95,6 % чоловіків і 97,9 % жінок працездатного віку мали низький показник здоров'я і перебували у так званій зоні небезпеки. Несприятливі соціально-економічні і побутові умови призвели до значного зростання кількості пацієнтів з неврологічною патологією в Україні: захворюваність на нервові хвороби, а також поширеність їх збільшилась майже вдвічі [2; 3].

Отже, перед медичними працівниками постали завдання гуманного підходу і відповідно розробки шляхів і методів побудови адекватного суспільства здорових людей. Доцільність переходу до гуманізму базується на наступних доводах.

По-перше, людство по багатьом параметрам політичних і соціальних цінностей йде по шляху формування єдиного суспільства з врахуванням особливостей цивілізаційного розвитку. Разом з тим генофонд людини знаходиться у небезпеці. Він може навіть зовсім зникнути внаслідок екологічного колапсу. Щоб не допустити цього, людям потрібно розробити стратегію і моделі охорони здоров'я для такого суспільства, де будуть діяти принципи демократії і гуманізму, високого життєвого рівня населення, його соціальної захищеності.

По-друге, ідея гуманізму витікає із сутності людини, її потягу до добра і справедливості. Ці цінності приходять на заміну впровадженому в свідомості радянських людей погляду: «людина є засобом досягнення високої цілі побудови комунізму». Гуманістичний підхід орієнтує на людину як на ціль, націлює діяти для її блага.

По-третє, гуманістичні положення втілені у багатьох сучасних соціально-політичних концепціях і користуються популярністю у більшості країн світу, так як вони співзвучні з їх корінними інтересами, відповідають традиціям і менталітету людей. Тому, на наш погляд, гуманізм може стати центристською ідейно-теоретичною платформою, яка в змозі не тільки примирити представників різних соціальних груп на основі найбільш значимих для них цінностей, але й консолідувати їх у справі побудови справедливого суспільства з інтелектуально розвинутими і фізично здоровими громадянами.

По-четверте, треба враховувати, що людина є соціологічним критерієм оцінки привабливості і придатності того чи іншого суспільного ладу. Безумовно, що по мірі інтелектуалізації праці, зміцнення духовного і фізичного здоров'я ці фактори будуть детермінувати зниження технічних і економічних факторів.

Державна політика охорони здоров'я включає наступні напрямки і принципи: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України; дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; гуманістична спрямованість,

забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей в діяльності органів державної влади і самоврядування, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення, рівноправність громадян, демократизм і загальна доступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я; децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [4].

Одним з пріоритетних напрямків системи охорони здоров'я України є боротьба з цереброваскулярними (ЦВЗ) захворюваннями та широке впровадження організаційних заходів щодо відповідного лікування після перенесених гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) [4; 5]. Внаслідок судинної патології (ішемічна хвороба серця, інсульти, артеріальна гіпертензія, хронічна серцева недостатність та вроджені кардіоваскулярні аномалії) зараз вмирає більше людей на планеті, чим гинуло в роки другої світової війни [5]. Аналіз експертів ВООЗ показав, що з 58 мільйонів смертей, зареєстрованих в світі в 2005 році, 17,5 мільйонів (понад 30 %) були викликані кардіоваскулярними захворюваннями, включаючи 7,6 мільйонів випадків в зв'язку з ішемічною хворобою серця та 5,7 мільйонів померлих внаслідок ЦВЗ [5; 6]. В Україні серцево-судинна та судинно-мозкова патологія є причиною майже 2/3 всіх смертей і 1/3 випадків інвалідності, суттєво скорочує тривалість життя населення [4; 5]. За даними МОЗ України, в 2005 році нараховувалось понад 3 мільйони хворих (6,4 % всього населення) різноманітними судинними захворюваннями головного мозку (СЗГМ), інсульт був зареєстрований майже у 120 тисяч українців, кожні 5 хвилин у когось виникало ГПМК, і кожні 15 хвилин одна людина вмирає від ГПМК [5; 7]. Згідно прогнозам міжнародних експертів, в найближчі 10–20 років очікується глобальний зріст захворюваності на СЗГМ, що пов'язано з постарінням населення, урбанізацією та нездоровим образом життя. За прогнозами експертів число смертей від інсульта досягне 6,5 мільйонів до 2015 року і 7,8 мільйонів до 2030 року, що зробить ГПМК причиною смерті № 1 в світі, як це вже стало реальністю в Китаї [5; 6]. Особливо значне (понад 20 %) очікується збільшення кількості хворих та померлих в країнах з низьким прибутком, де погано контролюються фактори ризику, і де вже зараз відмічаються понад 70 % загальносвітової кількості смертей від інсульту [7]. Загальновідомо, що найкращим способом боротьби з ЦВЗ є їх профілактика та відповідне лікування пацієнтів, які перенесли ГПМК, з метою недопущення повторних інсультів. Інсульт часто завдає важких наслідків і тільки сумісні зусилля неврологів, спеціалістів в області реабілітації, медичного персоналу лікарень та поліклінік, рідних та близьких дозволяють пацієнтам повністю або частково відновити порушені функції, соціальну активність, а в ряді випадків і працездатність. Це підтверджує більш ніж 12–річний досвід роботи палат реабілітаційного (відновного) лікування на базі клініки нейрохірургії та неврології ВМКЦ ПР.

#### Наслідки ГПМК.

Характер порушення функцій в результаті ГПМК багато в чому залежить від локалізації патологічного осередку. При ураженні рухового центру, розміщеного в ділянці центральних звивин мозку, або шляхів, котрі йдуть від нього, настає плегія (повна відсутність рухів) або парез (часткове порушення рухової сфери) в руці та нозі на боці, протилежному осередку ураження. При локалізації вогнища

в задніх відділах нижньої лобної звивини лівої півкулі (ділянка Брока), де знаходиться центр мовлення, виникає моторна афазія з відсутністю мовлення або з убогістю мови, труднощами при назві предметів та вимові слів. Ураження задніх відділів верхньої скроневої артерії лівої півкулі (ділянка Верніке), де розміщений центр розуміння мови, супроводжується розвитком сенсорної афазії, за котрої порушується розуміння мови оточуючих: людина стає подібною на туриста, не знайомого або мало знайомого з мовою країни, яку він відвідав. У випадку обширного ГПМК з ураженням обох мовних зон виникає важкий мовний розлад – сенсомоторна афазія, котра доходить в деяких випадках до тотальної афазії, коли пацієнт нічого не може вимовити і нічого не розуміє.

За ГПМК можливі і інші порушення функцій: зниження чутливості та порушення орієнтації в просторі (осередки в тім'яних ділянках мозку), розлади пам'яті (ураження медіобазальних відділів скроневої доли), зору (ураження потиличних ділянок), координації рухів та стійкості при стоянні і ходьбі (осередки в ділянці мозочка); порушення ковтання та зміни ритму дихання (ураження стовбура мозку).

#### Чинники, що впливають на відновлення функцій.

Можливості відновлення порушених функцій залежать від багатьох чинників, серед котрих головну роль відіграють розміри осередка ураження (інфаркта мозку або крововиливу) та його локалізація по відношенню до тієї чи іншої функціональної зони головного мозку.

При тромбозі судини, яка кровопостачає певну ділянку мозку, велике значення має стан колатерального компенсаторного кровообігу. Головним колектором розподілу кровотоку є артеріальне (вілізієве) коло великого мозку. Певну роль у відновленні відіграє і стан вищих психічних функцій (інтелекту, пам'яті, психічної активності, уваги, настрою) котрі за СЗГМ бувають неповноцінними.

У значної кількості хворих спонтанне (самовільне) відновлення виявляється недостатнім, і тоді великого значення набуває спеціальне відновне лікування та навчання – медична реабілітація.

Основні принципи реабілітації:

- комплексність реабілітаційних заходів та її систематичність;
- активна участь в реабілітаційному процесі пацієнта та його родичів;
- якнайшвидший початок реабілітаційного лікування.

Всі реабілітаційні заходи повинні починатися вже в перші дні після ГПМК, як тільки дозволить загальний стан та стан свідомості (рівень свідомості по шкалі Глазго – 10 балів). Найбільш інтенсивно всі реабілітаційні заходи ми проводили в ранньому відновному періоді (в перші 2–3 місяці). Комплексність та систематичність відновлювального лікування можливі тільки за хорошої організації реабілітаційного процесу. В організаційному плані найбільш ефективна наступна система, котра впроваджена у ВМКЦ ПР: реабілітація починається в ангіоневрологічному відділенні клініки нейрохірургії та неврології. Через 1–2 місяці пацієнта виписують або додому на амбулаторне відновлювальне лікування, або в реабілітаційний санаторій.

За період з 2000 р. по 2012 р. в умовах неврологічного відділення та ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії та неврології ВМКЦ ПР реабілітаційне лікування пройшли 3473 пацієнтів. Реабілітаційне лікування проводилося безпосередньо лікуючими лікарями (неврологами) та працівниками відділення ЛФК.



Відновлення рухів, ходьби та самообслуговування.

В основі реабілітації пацієнтів з руховими порушеннями лежить лікувальна гімнастика з навчанням методам ходьби та побутовим навикам. В курс реабілітації поряд з ЛФК входить електростимуляція та навчання із застосуванням біологічного зворотнього зв'язку.

ЛФК, особливо в гострому періоді захворювання, ми проводили під контролем пульса та артеріального тиску, частоти дихань, з паузами для відпочинку, з поступовим наростання навантажень. Пацієнтам, які знаходились у відділенні нейрореанімації ми проводили моніторування пульсу, АТ та ЕКГ. Як правило, на другий день за задовільного стану пацієнта ми навчали його сидіти в ліжку, а на п'яту добу вертикалізували хворого. Приблизно з десятої доби навчали пацієнта ходьбі. Навчання правильній ходьбі включало декілька етапів:

- імітація ходьби в лежачому положенні;
- сидячи та стоячи біля ліжка;
- ходьба з підтримкою;
- ходьба з опорою на стілець або 3-4 ніжковою приставкою;
- ходьба з опорою на паличку в межах приміщення;
- навчання ходьбі по сходах;
- ходьба поза приміщенням (на вулиці);
- користування суспільним транспортом.

Одночасно з вправами по відновленню функцій нижньої кінцівки та навчанням ходьбі ми проводили тренування руки. Для тренування пальців використовували дрібні предмети (кубики, кульки, піраміди, м'ячі, грецькі горіхи), роботу з пластиліном, в домашніх умовах з тістом і т. д. За нашими даними функція ноги була відновлена у 972 пацієнтів (28 %), незначно виразний парез залишився відповідно у 461 хворого (13,3 %), помірно виразний парез зберігався через 3 місяці після початку лікування у 1169 пацієнтів (33,7 %); виразний парез у 619 хворих (17,8 %); у 252 пацієнтів м'язова сила в нозі після проведеного лікування залишилась на рівні 0–1 балу (7,2 %). В більшості випадків рухи в руці відновлюються гірше за нашими даними, чим в нозі, але при недостатньому відновленні функції руки пацієнта можна навчити основним навикам самообслуговування. Навчання побутовим навичкам самообслуговування (самостійний прийом їжі, особистий туалет), потім навчання самостійному одяганню, користування туалетом та ванною, тощо. Існує безліч різноманітних пристосувань: поручні до унітазу, сходинок у ванну, скоби в стінах ванної кімнати, тощо. На наступному етапі родичі пацієнта повинні трошечки залучати його до виконання домашніх обов'язків (прибирання жилих приміщень, приготування їжі та миття посуду, тощо). Повністю відновлення функції руки спостерігалось нами у 569 хворих (16,4 %); незначний парез відмічено у 860 пацієнтів (24,8 %); помірний парез – у 1120 (32,2 %); виразний – у 924 (26,6 %) відповідно.

Пацієнти з легкими парезами при відновленні ходьби та побутових навиків можуть уникати ряду вказаних етапів, а хворі з грубими розладами рухової сфери, навпроти, часто затримуються на одному з етапів. Через один рік після ГПМК до нас звернулося біля 1200 пацієнтів на реабілітаційне лікування серед них з незначно виразним геміпарезом – 250 (20,8 %); помірно виразним у 670 хворих (55,8 %); та виразним геміпарезом 280 (23,4 %), за цього відмічалось переважання парезу, як правило, в руці. Через три роки після перенесеного ГПМК до нас звернулося біля 500 пацієнтів з них з явищами незначно виразного геміпарезу

біля 100 пацієнтів (20 %), помірно виразного – 325 (65 %); та значно виразного 75 хворих (15 %).

#### Профілактика ускладнень відновного періоду.

В перші місяці відновного періоду у багатьох хворих можуть з'явитися такі неприємні ускладнення, як контрактири паретичних кінцівок. Однією з причин їх розвитку може стати наростання м'язового тону – спастичності, що спостерігається в перші місяці захворювання. Тонус наростає в різних групах м'язів нерівномірно, внаслідок чого розвивається поза Верніке – Манна: рука зігнута в ліктьовому та променево-запястному суглобах, пальці стиснуті в кулак, а нога випрямлена, як палиця. Іноді явища спастичності посилюються в результаті неправильно підібраних фізичних вправ (зжимання резинового м'ячика, або кільця, використання еспандеру для розвитку зжимальних рухів в ліктьовому суглобі).

В комплекс боротьби зі спастичністю та профілактики контрактур входить використання спеціальних укладок та пристроїв для кінцівок (лікування положенням), щоб м'язи, в котрих підвищений тонус, були розтягнуті. Лікування положенням проводилося по 1,5 години на добу. Ми починали лікування положенням досить рано, практично в перші дні та тижні, як тільки виявляється тенденція до підвищення тону. Також ми проводили вибіркового масаж: легке поглажування тих м'язів, в котрих тонус підвищений, розтирання і неглибоке розтирання їх антагоністів. За відсутності активних рухів в кінцівках проводиться пасивна гімнастика. Теплолікування включає парафінові та озокеритові аплікації. Хороший ефект дає також лікування холодом (накладання спеціальних поліетиленових пакетів з льодом на спазмовані м'язи). Однак застосування холоду обмежено у пацієнтів з виразною судинною реактивністю. Ми активно застосовували медикаментозні засоби – міорелаксанти (засоби, що знижують м'язевий тонус): сірдалуд, баклофен, мідокалм. При дисоціації між виразною спастичністю в руці та відсутністю високого тону в нозі ми утримувались від призначення міорелаксантів.

Контрактури розвивалися у пацієнтів з трофічними змінами суглобів – артропатіями та при розтягненні суглобової сумки плечового суглобу. Лікувальний комплекс включав теплолікування (парафінові та озокеритові аплікації), анаболічні гормони (ретаболіл), знеболююче електролікування (діадинамічні або синусоїдально модульовані струми), голкорексфлексотерапію. Для профілактики розтягнень суглобової сумки плечового суглоба використовували спеціальну фіксуєчку пов'язку (косинку) для руки. Також до лікування таких пацієнтів ми активно залучали травматологів.

#### Відновлення мови, читання та письма.

Афазія зустрічалася понад чим у 1/3 наших пацієнтів, котрі перенесли ГПМК. Афазія – це своєрідний розлад мислення, за котрого порушується здатність правильно оперувати словами.

В одних випадках (моторна афазія) хворий не може скласти фразу або згадати потрібне слово, в інших (сенсорна афазія) перестає розуміти мову оточуючих. Однак у більшості хворих з афазією повністю збережені інтелект, образне мислення, зорова пам'ять, зір, слух. Спираючись на збережені функції хворого лікування проводить спеціаліст по відновленню мови, логопед – афазіолог. Окрім афазії, у пацієнтів, що перенесли ГПМК, зустрічається і інший вид розладу мовлення – дизартрія (порушення артикуляції звуків). На відміну від хворих з афазією, при дизартрії повністю збережені «внутрішня мова» (мова про себе), розуміння мови, читання, письмо. За афазії читання та письмо порушені. Основу мовної реабілітації скла-

дають спілкування з лікуючим лікарем та заняття з логопедом – афазіологом, хоча велику роль відіграє спілкування з середнім та молодшим медичним персоналом, з рідними та близькими хворого. Для відновлення мови небезпечна «мовна ізоляція», за котрої хворий представлений сам собі, з ним мало розмовляють. Для стимуляції розуміння мови необхідно проводити бесіди на прості теми, запитувати хворого про його самопочуття, про те, хоче він їсти, пити, піти на прогулянку, попросити його передати якийсь предмет, виконати ту чи іншу дію. Вимовляти запитання та інструкції слід чітко, голосно та повільно. Таким пацієнтам корисно слухати радіо, дивитись телепередачі, користуватися відеомагнітофоном. Навчання письму проходить певні етапи: спочатку це списування окремих букв, потім слів, в подальшому цілих речень. Наступний крок – письмо під диктовку в послідовності: окремі букви – прості слова – невеличкі тексти, потім переказ прочитаного тексту, письмова розповідь по сюжетній картинці, короткий твір. Якщо немає надії на відновлення письма правою рукою, слід навчати пацієнта писати лівою. Подібні етапи проходить і навчання читання: читання простих слів, розкладання підписів під предметами та сюжетними картинками, в подальшому навчання читання окремих фраз та текстів. З перших же днів, ще до повного відновлення функції читання, хворому слід давати газети та журнали, котрі він читав до хвороби, оскільки у багатьох пацієнтів з афазією зберігається можливість згадувати при читанні.

Ефективність занять по відновленню мови, читання та письма підвищуються на фоні прийому ноотропних засобів (ноофен, ноотропіл, енцефабол, церебралізін).

#### Психологічний клімат в лікарні та вдома.

Велике значення не тільки для відновлення порушень функції, але й для пристосування пацієнта до життя в нових умовах має здоровий психологічний клімат в лікувальних та реабілітаційних закладах та вдома. Необхідно пробуджувати пацієнта до відновлення функцій, допомагати йому уникнути нігілістичного або пасивного відношення до реабілітаційних занять, підтримувати в ньому оптимістичний, бадьорий дух, викликати впевненість у свої сили та можливості. Це завдання всього медичного персоналу, включаючи лікарів, медичних сестер, молодших медичних сестер, логопедів, інструкторів та методистів ЛФК, а також рідних та близьких.

Одночасно необхідно допомогти хворому виробити реалістичний підхід до хвороби, до можливостей та меж відновлення, до необхідності організувати своє життя в нових умовах, пристосуватися до рухових, мовних, та інших дефектів.

Слід намагатися до того, щоб пацієнт по можливості все виконував самостійно, не допускаючи гіперопіки.

Наш досвід вказує на те, що благоприємний психологічний клімат в госпіталі та сім'ї, поєднання доброзичливості з вимогливістю багато в чому стимулюють відновлення порушених навиків та соціальної активності хворого.

#### Профілактика повторних ГПМК

є складовою частиною реабілітації пацієнтів. За цього необхідно враховувати неблагоприємні чинники – фактори ризику. Це артеріальна гіпертензія, деякі захворювання серця, (порушення ритму серцевої діяльності), гіперхолестеринемія, цукровий діабет, куріння, недостатня фізична активність, тривале нервово – психічне перевантаження, спадкова схильність, ГПМК та транзиторні порушення мозкового кровообігу в анамнезі, і т. д. Різко підвищується небезпека розвитку ГПМК у пацієнтів, котрі мають декілька факторів ризику.

З метою профілактики повторних ГПМК пацієнту необхідно дотримуватись здорового образу життя: раціонально харчуватися (обмежити вживання тваринних жирів та висококалорійної їжі); вести фізично активний образ життя, відмовитись від паління та вживання алкоголю, оптимізувати духовне та емоційне життя.

За артеріальної гіпертензії необхідне регулярне вживання гіпотензивних засобів під контролем АТ (бажано самоконтроль) та лікарським спостереженням. За тенденції до підвищення згортання крові та схильності до миготливої аритмії хворим обов'язково ми призначали антикоагулянти (фенілін, синкумар, варфарин) під лабораторним контролем. Практично всім хворим, котрі перенесли ГПМК, ми призначаємо тривалу антиагрегантну терапію (на все подальше життя): аспекард (0,1×1 р. на добу, всередину, після їжі) або курантіл, тіклід.

При підозрі на патологію магістральних артерій голови (сонних, хребтових артерій) ми призначаємо обстеження в ангіохірургічному відділенні для визначення показів до оперативного втручання. Всім пацієнтам, що перенесли ГПМК, ми забезпечуємо періодичний контроль стану серцевої діяльності (ЕКГ, при необхідності і ЕхоКС) та вмісту глюкози та холестерину в крові.

### ВИСНОВОК

Законотворчий процес щодо охорони здоров'я в Україні має враховувати наявні позитивні сторони існуючої системи, результати реалізованих в країні інноваційних процесів щодо нових організаційних форм, передового досвіду та матеріалів здійснених експериментів, а також рекомендацій ВООЗ і досягнень систем охорони здоров'я інших країн світу. Політика та стратегія охорони здоров'я в державі має йти, в першу чергу, від споживачів медичних і профілактично – оздоровчих послуг із широким обговоренням проблем і напрямів реалізації громадськістю, фахівцями різних спеціальностей (юристи, економісти, психологи, соціологи тощо). Інноваційні процеси вимагають належної апробації в експерименті з врахуванням реального стану здоров'я населення, наявної мережі лікувально-профілактичних закладів, досягнень медичної освіти та науки, а також фінансово-економічних, кадрових, матеріально-технічних, психологічних, інформаційних та інших особливостей. Слід враховувати, що збереження та зміцнення здоров'я буде за твердженням ВООЗ проводитися на базі первинної медико-санітарної допомоги, а ХХІ століття проголошене століттям сімейної медицини.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Поліщук М. Е. Роль громадських організацій в боротьбі проти інсульту / М. Е. Поліщук // Судинні захворювання головного мозку. – 2007. – № 4. – С. 2–4.
2. Міщенко Т. С. Стан та перспективи розвитку неврологічної служби в Україні / Т. С. Міщенко // Фармакотерапія захворювань нервової системи : матеріали наук.-практ. конференції. – Х., 2005. – С. 167.
3. C. Wolfe et al., J Neuro I Neurosurg Phychiatry 2004; 75:1702-6/.
4. Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки : Постанова Кабінету Міністрів України // Офіційний вісник України. – 2006. – № 22. – С. 101–108.
5. Фломин Ю. В. Качественно новый этап борьбы с цереброваскулярными заболеваниями в развитых странах: в бой вступают специалисты-ангионеврологи / Ю. В. Фломин // Судинні захворювання головного мозку. – 2007. – № 1. – С. 6–9.
6. Hughes S. Stroke projected to become leading cause of death [Електронний ресурс] // Heartwire, 2006. – Режим доступу: <http://www.medscape.com/viewarticle/546478>.
7. Цереброваскулярная патология в контексте диагностики, лечения и реабилитации [по материалам I Национального конгресса «Инсульт и сосудисто-мозговые заболевания»] // Здоров'я України. – 2006. – № 19 (152).