

*Е.Г. Галочкина***МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ДОСТАВЛЕННЫМ В СТАЦИОНАР***Казанский государственный медицинский университет*

В России наблюдается неуклонный рост частоты цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ): в 1999 г. этот показатель составил 393,4 на 100 тысяч населения (Яхно Н.Н., Валенкова В.А., 1999). В Республике Татарстан (РТ) этот показатель за 1999 г. оказался еще выше — 467,0 на 100 тысяч населения. В то же время смертность от ЦВЗ в РТ ниже на 25—30%, чем в общероссийской популяции: по данным 1999 г. — соответственно 208,0 и 320,0 (Исмагилов М.Ф., 2003). Частота инвалидизации после мозгового инсульта (МИ) в РТ (5,49 на 10 тысяч населения) превышает общероссийские показатели (3,2 на 10 тысяч). К труду возвращаются не более 20% больных, перенесших МИ, причем 1/3 заболевших инсультом составляют люди трудоспособного возраста. ЦВЗ и наиболее тяжелые их формы — острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) — наносят значительный ущерб экономике страны с учетом расходов на лечение, медицинскую реабилитацию, потери в сфере производства.

Целью настоящего исследования являлось изучение медико-организационных факторов, влияющих на качество оказания неотложной медицинской помощи больным ОНМК на догоспитальном этапе в г. Казани. Были проанализированы карты вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП) к 936 больным ОНМК, госпитализированным в неврологические отделения за один месяц года (май) в течение трех лет (2000—2002 гг.). За этот период времени из общего числа больных (1473 чел.) 537 (36,5%) человек были оставлены на дому с диагнозом ОНМК, остальных госпитализировали. Среди 936 больных ОНМК, поступивших в стационар, мужчин было 53,0%, женщин — 47,0%. 33% больных были в трудоспособном возрасте (до 60 лет).

В подавляющем большинстве случаев (95,6%) время с момента поступления вызова на станцию

СМП до прибытия бригады к больному варьировало от 10 минут до одного часа, в 3,4% — от одного до 2 часов и в 1% — время не было указано. Время, проведенное бригадой СМП у больного, составляло от 10 минут до одного часа (62,3%), от одного до 2 часов (37%), в 0,7% случаев время осталось неизвестным. С момента появления первых симптомов заболевания до приезда бригады СМП к больному прошло до 6 часов у 43,8% больных, от 6 часов и более — у 52,2%, в 4% случаев время не было указано.

Причины вызова бригад СМП: “парализован(а)” (24%), “ОНМК” (22,7%), “плохо с сердцем” (16,4%), “болит грудь” (5,7%), “потеря сознания” (5,7%), “повышение АД” (5,1%), “судороги” (2,2%) и др. (18,3%). При этом на станцию СМП вызова поступают из лечебно-профилактических учреждений (35,6%), квартир (18,3%), школ и ДДУ (16,5%), улиц (11,8%), рабочих мест (6,0%), общественных мест (4,2%) и др. (7,6%).

При осмотре врача бригады СМП больные чаще жаловались на головокружение (18,1%), нарушение речи (18%), головную боль (17,3%), слабость в левых конечностях (15,4%), в правых конечностях (13,7%), нарушение сознания (8,1%), судороги (2,3%), нарушение зрения (1,1%). Жалобы отсутствовали в 5,9% случаев. В анамнезе у больных выявлены артериальная гипертензия (57,4%), предшествующий МИ (17,4%), ишемическая болезнь сердца (10,7%), мерцательная аритмия (41,7%), перенесенный инфаркт миокарда (37,5%), сахарный диабет (7,3%), хронический алкоголизм (6,5%) и ожирение (0,7%). Общее состояние больных оценивалось как удовлетворительное (16,2%), средней тяжести (56,2%), тяжелое (21,2%), крайне тяжелое (3,7%); в 2,7% случаев состояние было не указано. Одним из критериев оценки состояния больного являлся уровень сознания на момент осмотра: ясное — у 77,6%, состояние оглушения — у 0,4%, сопор — у 4,5%, кома I—II степени —

у 8,5%, III степени — у 3,0%; в 6,0% наблюдений состояние не указано.

Диагноз переходящего нарушения мозгового кровообращения был поставлен врачом бригады СМП в 7,3% случаев, недифференцированного инсульта — в 37,1%, ишемического инсульта — в 19,7%, геморрагического инсульта — в 3,7% и субарахноидального кровоизлияния — в 2,4%. При этом отмечалось несоответствие в описании неврологического статуса и диагноза у большинства больных (56,5%). Например, при постановке диагноза геморрагического инсульта менингеальный синдром был отмечен только в 12% случаев, а субарахноидального кровоизлияния — в 19%. Неврологический статус соответствовал диагнозу у 25,2% больных; у 3,4% лиц он остался без оценки.

При оказании медицинской помощи чаще использовался эуфиллин (25%), а также другие препараты — раствор магнезии (13,1%), дибазол (13,0%), фуросемид (10,3%), глюкоза (6,4%), анальгин (3,6%), дексаметазон (2,9%) и др. 17,2% больных лекарственная терапия вообще не проводилась, что объяснялось их отказом от инъекций, оказанием помощи до приезда бригады СМП родственниками или врачами лечебно-профилактических учреждений. В период оказания догоспитальной медицинской помощи улучшение состояния отмечалось у 24,6% больных, состояние

не изменилось — у 23,1%, ухудшилось — у 0,15%, произошел летальный исход — у 0,15%. Эффект не указан у 52% больных.

Таким образом, частота госпитализации бригадами СМП больных ОНМК за последние три года колебалась от 59,8 до 64,9%. Около 33% больных ОНМК заболевают в работоспособном возрасте (до 60 лет). У большинства больных (52,2%) время с момента появления первых симптомов заболевания до приезда бригады СМП и оказания помощи составляет более 6 часов. Население не владеет информацией о признаках ОНМК, их последствиях и мерах профилактики. Врачами скорой помощи ставится аморфный диагноз “ОНМК”, неврологический статус в 56,5% случаев не соответствует диагнозу. В анамнезе больных ОНМК имеют место артериальная гипертония (57,4%) и предшествующий инсульт (17,4%). Общее состояние больных к моменту прибытия бригады СМП чаще оценивалось как среднетяжелое (56,2%). Лечение больных на догоспитальном этапе проводится недифференцировано, и используется, как правило, симптоматический принцип без выраженного эффекта.

Поступила 24.11.03.

