

Р.Ф. Хаертдинова

ОКАЗАНИЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ОСТАВЛЕННЫМ НА ДОМУ

Казанский государственный медицинский университет

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой. Летальность в остром периоде инсульта в России достигает 35%, увеличиваясь на 12—15% к концу первого года после перенесенного мозгового инсульта (МИ). Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидизации. Одна треть перенесших инсульт — люди трудоспособного возраста.

Не меньшую значимость эта проблема имеет и в Республике Татарстан (РТ). Так, заболеваемость ОНМК в РТ выше более чем на 20% по сравнению с общероссийскими показателями. Анализ медицинской помощи больным ОНМК показывает, что существующая система не обеспечивает потребности населения в ней. Значительную часть больных ОНМК бригады скорой медицинской помощи (СМП) оставляют на дому, лишая их адекватной медицинской помощи, как показывает предварительный выборочный анализ. Европейское региональное бюро ВОЗ считает, что создание современной системы помощи больным с инсультом позволит снизить летальность в течение первого месяца заболевания до 20% и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после начала заболевания не менее 70% выживших пациентов.

Разработка и внедрение единых принципов ведения больных с ОНМК должны помочь оптимизировать диагностический подход и выбор лечебных мероприятий для обеспечения наилучшего исхода заболевания. Врач бригады СМП должен быстро оказать квалифицированную помощь любому гражданину в любом месте, что включает лечебные мероприятия при острых заболеваниях непосредственно на месте происшествия. Задача СМП не должна сводиться лишь к максимально быстрой доставке пациента в ближайшее лечебное учреждение. Используя имеющиеся в распоряжении диагностические и лечебные средства, бригада СМП должна

ликвидировать угрозу для жизни пациента и принять меры для профилактики осложнений.

С целью изучения организационных и медицинских аспектов работы бригад СМП в г. Казани проанализирована первичная документация — карты больных, обслуженных бригадами СМП с диагнозом ОНМК, оставленных на дому после оказания медицинской помощи за период с 1 по 31 мая в 2000, 2001, 2002 гг. Анализ показал, что в течение одного месяца бригады СМП в 2000 г. оставили на дому 38,8% (172 из 443 чел.) больных, в 2001 г. — 31,4% (146 из 464 чел.) и в 2002 г. — 37,2% (219 из 589 чел.). Таким образом, на дому оставляется в среднем каждый третий больной с ОНМК, среди них лица до 59 лет составляли 19,3%, старше 60 лет — 42,3%. Средний возраст негоспитализированных больных — 73 года.

Перспективность возможно более раннего назначения лечения при МИ обоснована концепцией «терапевтического окна». Этим термином обозначается отрезок времени, равный 3—6 часам с момента появления первых симптомов МИ до формирования необратимых морфологических изменений. Интервал времени до начала лечения зависит от двух составляющих — времени от появления симптомов до вызова СМП и времени от приема вызова диспетчером до приезда бригады СМП.

По данным документации мы оценивали время от приема вызова диспетчером станции СМП до прибытия бригады к больному: оно составило в среднем менее 15 минут в 53,8% случаев, от 15 до 30 минут — в 34,2% и от 30 минут до одного часа — в 12%. Время от момента появления первых симптомов ОНМК до прибытия бригады СМП, т.е. давность заболевания, была в пределах 6 часов в 41,7% случаев, позже — в 58,3%. Следовательно, к моменту начавшихся неотложных лечебных мероприятий «терапевтическое окно» закрывалось у подавляющего большинства больных ОНМК.

Полноценная диагностика и дифференцированное лечение инсульта возможны только

в условиях стационара — это является аксиомой. Одна из тактических ошибок в лечении больных ОНМК — отказ от экстренной госпитализации больных с инсультом, не имеющих противопоказаний к транспортировке из дома. Противопоказаниями к транспортировке в стационар служат кома II—III степени, некупируемый отек легких, остановка сердца на период свыше 6—7 минут. За анализируемый период из числа негоспитализированных больных (537 чел.) оставлены на дому от 26 до 40% пациентов по причине отказа их самих или родственников. 27,9% больных имели противопоказания к транспортировке. В 58,2% наблюдений врачами СМП тип МИ не был дифференцирован и заболевание классифицировалось как ОНМК. Ишемический инсульт диагностирован у 19,4% больных, оставленных на дому, геморрагический — у 4,3%. Субарахноидальное кровоизлияние имело место в одном наблюдении, проходящее нарушение мозгового кровообращения — в 7,6%, повторные ОНМК — в 29%.

Среди предшествующих инсульту хронических заболеваний преобладали гипертоническая болезнь и артериальные гипертонии симптоматического характера, нарушения сердечного ритма преимущественно по типу мерцательной аритмии, сахарный диабет, постинфарктный кардиосклероз.

Контроль ЭКГ необходим в связи с высокой распространенностью заболеваний сердца у больных МИ. Мерцательная аритмия или недавно перенесенный инфаркт миокарда могут рассматриваться как источники эмболии и

являются противопоказанием к тромболитической терапии. В анализируемой выборке ЭКГ не производилась по различным причинам в 63,4% наблюдений. Врачами бригад СМП эхоэнцефалоскопия не практикуется вообще. Нарушение дыхания различного типа наблюдалось у 23,7% больных и гипертермия — у 9,8% (см. табл.).

Клиническая характеристика сознания оставленных на дому больных

Состояние сознания	2000 г.		2001 г.		2002 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ясное	63	36,6	63	43	91	41
Оглушение	23	31,9	18	12,3	28	13
Сопор	12	7	9	6	13	6
Кома I степени	21	12	11	7,5	10	4,6
Кома II степени	34	20	29	20	53	24
Возбуждение	12	7	9	6	11	5

На догоспитальном этапе наиболее часто применяемым препаратом оказался эуфиллин (в 53% наблюдений). При оказании ургентной помощи каждому третьему больному в 2000 и 2001 гг. и каждому четвертому в 2002 г. вводился лазикс, сульфат магния применялся в 23% случаев. Реже использовались глюкокортикостероиды, анальгетики, антигистаминные препараты, сердечные гликозиды, глюкоза, гипотензивные препараты. Из гипотензивных препаратов преимущественно применялся дибазол, в единичных случаях — клофелин, нифедипин.

Поступила 24.11.03.