

17. Dandy N.E. Concerning the cause trigeminal neuralgia // Johns Hopkins Hosp. Bull.—Balt.—1934.—XXXVI.—P.105.

18. Haines S.J., Janetta P.J., Lorub D.S. Microvascular relation of trigeminal nerve. Ann. Anatomical study with clinical relation // J. Neurosurgery.—1980.—Vol. 52 [3].—H.381—386.

19. Janetta P.J. Neurovascular compression in cranial and systemic disease // Ann. Surg.—1980.—Vol. 192, № 4.—P.515—518.

20. Janetta P.J. Neurovascular compression in cranial nerve and systemic disease // Ann. Surg.—1980.—Vol. 192, № 4.—P.518—525.

21. Janetta P.J. Vascular decompression in trigeminal neuralgia // The cranial nerves / Eds. P.M.Semll, P.J.Janetta.—Berlin: Heidelberg; New York: Springer, 1981.—P.331—340.

22. Rhoton A.L. Microsurgical neurovascular decompression vor trigeminal neuralgia and hemitacil spasm // J. Florida med. Ass.—1978.—Vol. 65.—P.425—428.



УДК 616.831-005-083.98

М.Ф.Исмагилов

СОСТОЯНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Казанский государственный медицинский университет

На рубеже второго и третьего тысячелетий одной из главных проблем здравоохранения стало острое нарушение мозгового кровообращения — церебральный инсульт (ЦИ), который является второй по значимости причиной смерти в индустриально развитых странах мира и основной причиной инвалидизации взрослого населения наиболее трудоспособного возраста. Социальные затраты, связанные с расходами на лечение больных мозговым инсультом, являются главным источником истощения скудных ресурсов здравоохранения каждой страны.

Показатель смертности от cerebrovasкулярных заболеваний (ЦВЗ) в России — один из самых высоких в мире. Так, в США среди всех случаев смерти от болезни системы кровообращения на возраст до 65 лет приходится менее 10%, а в Российской Федерации (РФ) в этом возрасте умирают 30% и более больных. По статистическим данным Минздрава России на начало последнего десятилетия второго тысячелетия, показатель смертности от ЦИ составил 2,4 на 1000 населения. К 2000 г. этот показатель превысил 2,8. Ежегодно от этого заболевания в России с населением 150 млн. человек умирают около 370 тыс. работоспособных лиц. Заболевают мозговым инсультом, преходящими нарушениями мозгового кровообращения и страдают сосудистыми цереб-

ральными кризами около миллиона россиян. Частота инсульта связана с возрастом. После 30 лет заболеваемость и смертность увеличиваются примерно в 2—3 раза с каждым последующим десятилетием. Следовательно, возраст является главным фактором риска инсульта. Во всех странах наблюдается тенденция к “омоложению” инсульта, причем у молодых мужчин мозговой инсульт развивается в 1,5—2,0 раза чаще, чем у женщин соответствующего возраста. Вероятно, эстрогены (половые гормоны) у женщин отчасти способствуют нормализации жирового обмена, тонуса и трофики стенок артериальных сосудов. Особенно опасны внезапные и быстрые подскоки артериального давления, нередко приводящие к геморрагическим паренхиматозным и субарахноидальным кровоизлияниям.

Не меньшую остроту и медико-социальную значимость эта проблема имеет и в Республике Татарстан (РТ). В практике врача участкового звена острая сердечно-сосудистая патология ассоциируется главным образом с инфарктом миокарда и гипертоническими кризами, приводящими иногда к мозговым инсультам. Однако тщательный анализ данной ситуации свидетельствует о том, что значительную долю в пределах остро протекающих сердечно-сосудистых заболеваний составляют острые нарушения мозгового кровообраще-

ния: в казанской популяции мозговой инсульт встречается в 2,0 раза чаще, чем инфаркт миокарда, причем наблюдается явная тенденция к росту частоты инсультов относительно форм острой сердечно-сосудистой патологии. Если в 1996 г. все формы ЦВЗ составляли 3,6 на 1000 населения г. Казани, то через пять лет (2000 г.) этот показатель достиг 3,9. Разница была высоко достоверной.

В стационарах города соответственно продолжает расти смертность от мозгового инсульта. Так, за последние 10 лет в РТ темпы роста показателей смертности при инсультах возросли на 21,5%, тогда как этот показатель в целом по РФ за этот период составил около 18,2%. Неутешительной является также динамика показателей инвалидизации. В настоящее время в РТ насчитывается более 200 тыс. инвалидов, число которых ежегодно возрастает на 7—10%. В структуре причин инвалидности среди различных нозологических форм главенствующее место занимают ЦВЗ, они составляют около 35% от всех причин инвалидности.

Таковы удручающие данные медицинской статистики и их динамика. За этими цифрами — человеческие судьбы, благосостояние наших граждан.

Напрашивается вопрос: почему существующая система медицинской помощи больным неврологического профиля не препятствует явно прогрессивному снижению основных показате-

лей здоровья наших граждан? С учетом многофакторности этого процесса несомненно то, что причин множество, среди которых есть объективные и субъективные.

Определенную ясность в ответы на этот вопрос внес процесс подготовки и проведения аппаратного совещания Минздрава РТ (июнь, 1999 г.), посвященного “Состоянию службы неотложной помощи больным неврологического профиля в РТ”, на основе проверки деятельности станций скорой и неотложной медицинской помощи (СиНМП) и лечебно-профилактических учреждений 13 районов и городов Предволжского и Предкамского регионов РТ и г.Казани. Среди нозологических форм заболеваний, с которыми госпитализируют больных в неврологические стационары по линии скорой помощи, на ЦИ приходится от 75 до 92%, на острую токсическую энцефалопатию — от 4 до 8% и на эпилепсию — от 5 до 7%. Следовательно, львиную долю угрожаемых для жизни и здоровья пациентов ургентных состояний составляют ЦИ.

Позвольте продемонстрировать схематично основные пути движения больных при реализации ургентной помощи на догоспитальном этапе и перспективу эффективности этой помощи на примере основного контингента больных неврологического профиля — больных с ЦИ по г. Казани (рис. 1).

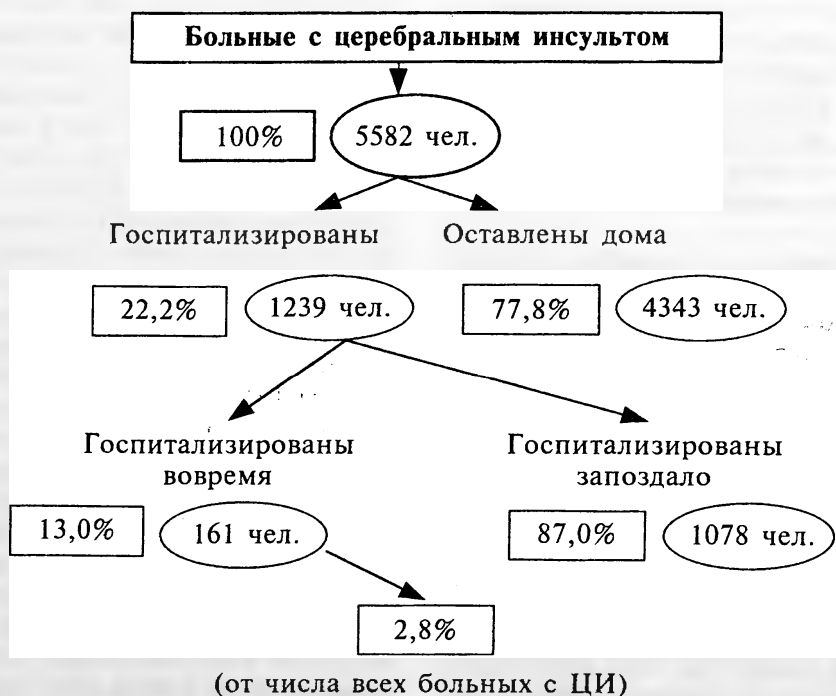


Рис. 1. Схема движения больных с ЦИ в процессе оказания скорой медицинской помощи (по данным Казанской станции СиНМП, 1998 г.)

Как видно из этого рисунка, в 1998 г. все казанские станции и подстанции СиНМП оказали соответствующую помощь 5582 лицам с диагнозом ЦИ. Из этого числа больных в приемные отделения неврологических стационаров были доставлены 1239 человек, что составило 22,2%. Следовательно, в неврологический стационар был госпитализирован лишь каждый пятый больной с ЦИ.

87% больных (1078 чел.) из числа госпитализированных, у подавляющего большинства которых (807 чел.) был диагностирован ЦИ ишемической природы, доставили в приемный покой стационара с опозданием (через 10—23 часа после развития инсульта), т.е. за пределами так называемого “терапевтического окна”. В таких ситуациях медицинская помощь больным с ишемическим инсультом становится малоэффективной или совсем неэффективной. Об этом красноречиво свидетельствует информация, составляющая смысловое содержание рис. 2. Из этого рисунка вытекает, что

область мозга с наиболее выраженным снижением кровотока подвергается необратимым повреждениям в течение 6—8 минут с момента появления первых клинических симптомов формирования лакунарных очагов инфаркта (“ядерная” зона инфаркта) в бассейне тромбированного мозгового сосуда. В течение 3—6 часов эта “ядерная” зона инфаркта окружена ишемизированной, но живой тканью без структурных изменений в мозгу (“ишемическая полутень”, или пенумбра). У каждого больного длительность существования пенумбры индивидуальна, что и определяется временным периодом, в течение которого могут проводиться терапевтические воздействия с оптимальным эффектом. Поэтому этот промежуток времени получил название “терапевтическое окно”. Через 6 часов с момента появления первых симптомов инсульта заканчивается формирование большей части инфаркта мозга. Процесс доформирования очага инфаркта может длиться от 2 до 5 часов, т.е. весь ост-

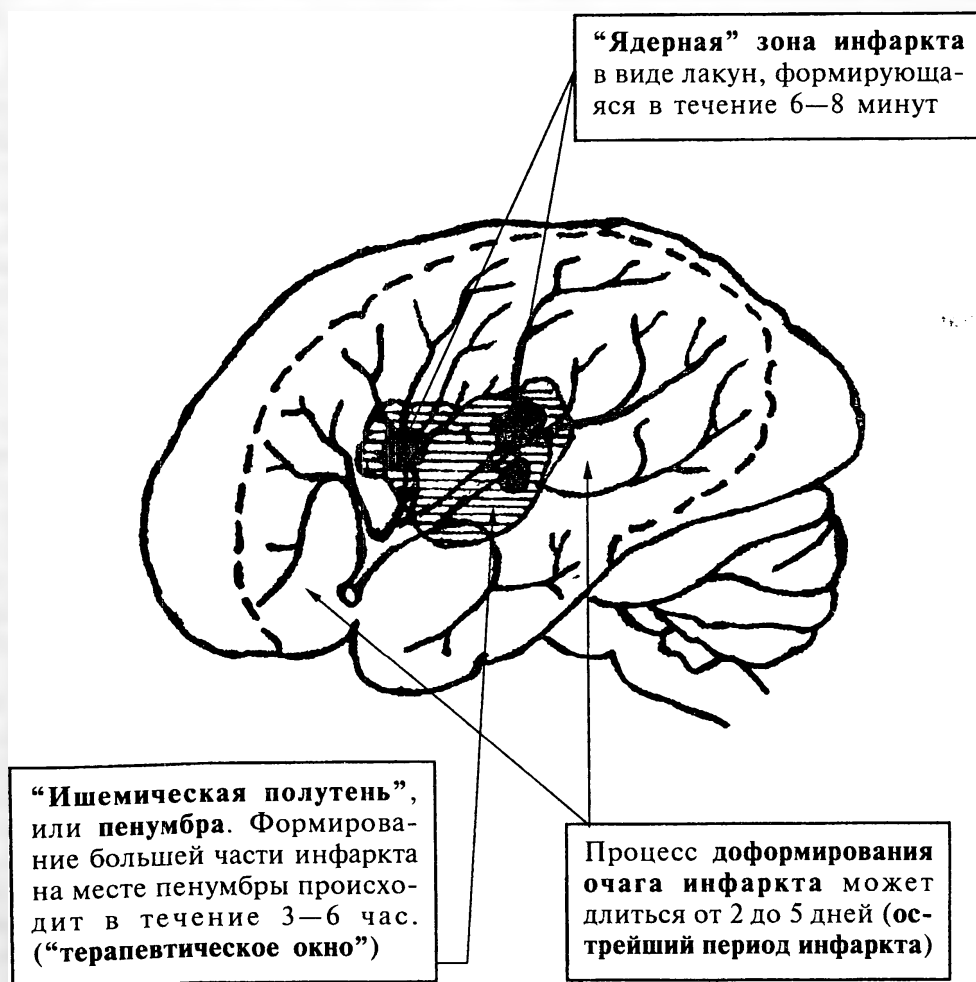


Рис. 2. Динамика патоморфологии инфаркта мозга в остром периоде ишемического инсульта

рейший период инсульта. Поэтому при ишемическом ЦИ терапию следует начать как можно раньше (но не позже 3—6 часов), и она должна быть патогенетически направленной и интенсивной. Дальнейшее развитие событий в состоянии больного уже во многом зависит не столько от вмешательства медицинского персонала, сколько от возможностей самого организма.

У 964 больных, к которым выезжала бригада СиНМП, был диагностирован геморрагический характер ЦИ (субарахноидальное кровоизлияние и геморрагический инсульт), и им требовалась нейрохирургическая помощь. Однако эта форма помощи до сих пор еще не получила своего развития в нашей республике.

Из рис. 1 также видно, что 77,8% больных (4343 человека из 5582 больных ЦИ) бригадой СиНМП оставлены на дому с оформлением активного вызова врача поликлиники по месту жительства больного. Какой может быть эта помощь? Эта проблема чрезвычайно актуальна и нуждается в специальном изучении. Согласно данным предварительного выборочного анализа, подавляющее большинство оставленных на дому больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) полностью лишены как неотложной, так и дифференцированной медицинской помощи, что свидетельствует о слабом участии амбулаторно-поликлинической службы в лечении тяжелых больных. В ряде из проверенных 17 поликлиник г. Казани не было даже журнала для регистрации на активное посещение врачом больного с ЦИ. Участковый терапевт обслуживает тяжелого или агонирующего больного с церебральной патологией по активному вызову в 70—96% наблюдений, как правило, во второй половине первых или в начале вторых суток. Невропатолог появляется у постели больного, в лучшем случае, к концу вторых суток после церебральной катастрофы. Поэтому смертность оставленных дома больных с ОНМК варьирует от 45 до 63% в первые 2—3 суток. 100% умерших на дому с аморфным диагнозом “ОНМК” не вскрывают.

Наконец, из этого же рисунка видно, что **вовремя, в первые часы с момента развития ОНМК, госпитализируют только каждого восьмого больного** (161 из 1239 больных). Следовательно, в период открытого “терапевтического окна” были созданы условия для оказания своевременной и квалифицированной медицинской помощи в условиях стационара лишь 2,8% больных (161 чел.) от числа всех больных с ЦИ (5582 чел.). Дополнительные

комментарии к этим показателям, как говорится, излишни.

Издержки службы СиНМП отмеченным ограничиваются. Было установлено, что ургентная помощь на догоспитальном этапе бригадами СиНМП оказывается подавляющему большинству (до 92 %) больных недифференцированно, лечебные мероприятия чаще носят симптоматический характер, слабая базисная терапевтическая помощь, нередко действия медицинских бригад сводятся лишь к транспортировке больных. Практически всюду на станциях и приемных отделениях отсутствуют алгоритмы ургентной помощи при неотложных состояниях. В сельской местности, да и в некоторых населенных пунктах с городским статусом бригады доставляют больных в стационар, как правило, без диагноза. В условиях города у каждого третьего больного, доставленного в приемное отделение, выявлялось расхождение диагноза, и, следовательно, медицинская помощь была оказана им неквалифицированно. Например, ОНМК трансформировалось либо в диабетическую кому, либо в острую токсическую энцефалопатию, и наоборот.

На основании изложенного выше материала можно констатировать, что **служба СиНМП больным неврологического профиля**, несмотря на имеющиеся некоторые положительные тенденции в организационном плане, **слабо обеспечивает потребности населения, эффективность ее сводится к минимуму из-за изъянов**, в первую очередь, **на догоспитальном этапе**. Это, вероятно, и является одной из основных причин увеличения показателей смертности и инвалидизации больных с ОНМК. Если принять во внимание то, что основные принципы организации, кадровые и материальные возможности службы скорой медицинской помощи в нашей стране практически имеют единый знаменатель для всех регионов, то можно предположить, что приведенная оценка некоторых параметров этой службы не является характерным лишь для одной нашей республики. Именно эти условия, в частности, поддерживают нарастающую тенденцию отрицательной динамики основных показателей здоровья населения России в целом.

В целях радикального изменения эффективности неотложной помощи больным неврологического профиля, основную долю которых составляют лица с ОНМК, следует срочно обсудить и принять комплексную **республиканскую программу борьбы с ЦИ**, предусмотрев в ней: а) оказание неотложной и желательной дифференцированной помощи максимально в пределах “терапевтического окна”, т.е. в пер-

вые 3—6 часов от момента развития инсульта; б) максимальное использование имеющихся стационарных коек для лечения urgentных больных; в) открытие специализированных нейрососудистых коек хирургического профиля; г) коренное изменение формы и содержания участка амбулаторно-поликлинической сети в этом процессе.

В то же время следует заметить, что даже при своевременно начатом лечении успехи терапии при мозговых инсультах остаются более чем скромными из-за низкой способности нервной ткани к восстановлению. **Поэтому существует другой путь борьбы с ЦВЗ — профилактика, т.е. предупреждение острых нарушений кровообращения мозга.** Профилактика ЦИ основана на борьбе с известными факторами риска, которые предрасполагают к его развитию. Основными из этих факторов риска являются повышенный уровень артериального давления и атеросклероз. Установлено, что активное выявление и адекватное лечение больных с повышенным артериальным давлением уже позволяют снизить заболеваемость ЦИ на 45—50%. Атеросклеротическим поражением сосудов современное человечество расплачивается главным образом за так называемый нездоровый образ жизни — не-

сбалансированное и неестественное питание, распространенное курение и гиподинамию. Следовательно, предупреждение острых нарушений мозгового кровообращения на примере лишь двух этих факторов риска лежит через здоровый образ жизни при нормализации показателей артериального давления.

В экономически развитых странах мира в течение последних 10—15 лет наблюдается устойчивое снижение смертности населения от ЦВЗ. Этому способствовала целенаправленная государственная политика этих стран, предусматривающая первичную профилактику ЦВЗ: а) активное выявление и лечение артериальной гипертензии; б) хирургическую санацию экстракраниальных отделов магистральных артерий головы; в) изменения образа жизни и характера питания населения этих стран; г) своевременную интенсивную терапию в острой стадии заболевания.

Таким образом, **ЦИ — важнейшая медико-социальная проблема, которую легче и экономически целесообразнее предупредить.** Поэтому будущее в борьбе с мозговыми инсультами — за их первичной и вторичной профилактикой. Этим должна заниматься **Служба борьбы с ЦИ**, которую непременно следует создать в нашей республике.

