

*М.Я. Бердичевский, С.А. Кармирян, И.И. Гейко,
Л.А. Аристова, С.Г. Калустов, А.И. Савин*

ОПЫТ РЕШЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Краснодарская городская клиническая БСМП

Сосудистые заболевания головного мозга широко распространены и во многом определяют такие показатели здоровья населения, как продолжительность жизни, заболеваемость, смертность. В общей структуре смертности мозговые инсульты занимают второе место после заболеваний сердца.

В последнее время в Москве и ряде регионов Сибири наблюдается учащение случаев инсульта, опережающих инфаркты миокарда. В течение ближайшего месяца с момента заболевания в России умирают около 30% больных с инсультами, а к концу года — 45—48%. К трудовой деятельности возвращаются 10—12% выживших, инвалидами до конца жизни остаются 25—30% больных. Ежегодная заболеваемость в городах составляет 3,5—4,0, в селах — 1,8 (80% ишемических и 20% геморрагических инсультов). Следует отметить, что за 20 последних лет заболеваемость инсультом возросла с 2,0 до 3,5—4,0 на 1000 населения. Летальность в острой стадии заболевания в стационарах варьирует в различных лечебных учреждениях от 21 до 42%. Исходы лечения в стационарах в 1,5—2 раза лучше, чем в домашних условиях. Все это сказывается на общей ситуации в состоянии здоровья населения, превышении смертности над рождаемостью. Государство расходует все более значительные средства на дорогостоящее лечение больных с сосудистыми мозговыми нарушениями и несет экономические потери, в особенности в связи с высокой летальностью и инвалидизацией населения трудоспособного возраста. Прослеживается тенденция к омоложению контингента больных, учащаются случаи мозговых инсультов в 35—45 лет.

Перед неврологами России на VII Всероссийском съезде (1995г.) были поставлены задачи: усовершенствование организации экстренной медицинской помощи при инсультах, улучшение специальной подготовки врачей и сестринского состава, ранняя госпитализация транспортабельных больных, своевременная реабилитация, увеличение объема диагностических и лечебных мероприятий и др.

С целью улучшения здоровья населения г. Краснодара (около 1 млн. жителей), в частности контингента больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, за 1995—1996 гг. была проведена определенная работа. Открыто неврологическое отделение для больных с патологией сосудов на 86 коек на базе БСМП. В 1996 г. создан реанимационный блок на 6 коек при отделении для проведения интенсивной терапии больных с тяжелыми инсультами. Организована работа реабилитационного отделения на 60 коек преимущественно для лиц, перенесших мозговые инсульты. Для врачей Краснодарской городской станции скорой медицинской помощи в 1995 г. были

проведены циклы лекций по неотложной неврологии и осуществлена месячная переподготовка врачей неврологической бригады на базе БСМП. В краевой газете «Кубанские новости» в 1996 г. помещена статья проф. М.Я.Бердичевского «Дисциркуляторные энцефалопатии» для ознакомления широкого круга читателей с основами профилактики сосудистых заболеваний головного мозга. В 1995 г. М.Я.Бердичевским и В.С.Сытиным составлены и изданы (тираж — 1000 экз.) методические рекомендации для врачей бригад скорой медицинской помощи по неотложной неврологии, а также методические рекомендации для невропатологов поликлиник и стационаров «Современные подходы к лечению острых нарушений мозгового кровообращения на догоспитальном и госпитальных этапах». На заседаниях краевого отделения Всероссийского научного общества неврологов неоднократно рассматривались вопросы организации, клиники, диагностики и лечения острых нарушений мозгового кровообращения. Особое внимание на заседаниях краевой аттестационной подкомиссии невропатологов особое внимание уделялось знаниям врачей по вопросам неотложной неврологии.

В ангионеврологическое отделение БСМП больные поступали с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) из общественных мест (с работы, транспорта, магазинов, рынков и др.). Из дома госпитализировались транспортабельные больные с преходящими нарушениями мозгового кровообращения и инсультами. В 1995 г. в стационаре получили лечение 1007 больных с ОНМК, в 1996 г. — 1146. Самых тяжелых больных с инсультами размещали в больничном анестезиолого-реанимационном отделении для проведения интенсивной терапии до определения ближайшего исхода. После улучшения состояния здоровья их переводили в реанимационный блок отделения либо непосредственно в неврологический стационар.

В 1996 г. в реанимационном блоке неврологического отделения были лечены 159 больных. Летальность при этом достигла 17% в связи с тяжестью мозговых инсультов. В блоке размещались больные, направленные не только из приемного отделения и АРО больницы, но и из неврологического стационара в случае ухудшения состояния. Палата оснащена аппаратами искусственной вентиляции легких, эхоэнцефалоскопом, дефибриллятором, электроотсосами, круглосуточно дежурит медицинский персонал, включая врача невропатолога-реаниматолога.

Для обеспечения всего объема медицинской работы штат ангионеврологического отделения был укомплектован из расчета 20 врачебных ставок: заведующего отделением, профессора, ординаторов стациона-

ра, дежурантов, четырех реаниматологов и консультантов — доцента кафедры терапии и опытного врача-нейрохирурга. В отделении работают 7 врачей высшей категории.

У всех больных была исследована свертывающая система крови, проведена ЭХО-ЭС; в 90% случаев при инсультах производились люмбальные пункции с исследованием спинномозговой жидкости. Всех больных осматривали окулист и терапевт. В остром и восстановительных периодах инсульта у 282 больных была проведена компьютерная томография на базе краевого диагностического центра или краевой клинической больницы.

17 % больных поступили в отделение с различными нарушениями сознания (кома, сопор, оглушение). Испытывались определенные трудности в диагностике геморрагических инфарктов. При обследовании учитывались анамнез больных, уровень АД, динамика течения инсульта, данные повторных люмбальных пункций и в ряде случаев результаты КТ головного мозга (всего 19 больных).

Лакунарные инфаркты мозга были диагностированы у 11% больных, а кардиогенные тромбоэмболии — у 15% лиц с ишемическими инсультами, что учитывалось при назначении лечебных мероприятий.

У 33 % больных с геморрагическими инсультами был отмечен прорыв крови в желудочковую систему мозга, 27 из них погибли при явлениях горметонии, гипертермии, с развитием глубокой комы, атонии и нарушения дыхания. Выжили 6 больных с ограниченной геморрагией в передний и нижний рога боковых желудочков.

При субарахноидальных кровоизлияниях у 22% больных на 3—5-й день развивались вторичные церебральные ангиоспазмы с очаговой ишемией мозга. Поскольку больным со 2-го дня назначались блокаторы кальциевых каналов, в частности нимотоп С, полученный от фирмы «Байер» на апробацию, ангиоспазмы удалось своевременно купировать.

Больные с паренхиматозными кровоизлияниями, субарахноидальными геморрагиями и ишемическими инсультами с псевдотуморозным течением были консультированы нейрохирургом. Всего проконсультировано 310 человек. Через 3—4 недели, по истечении острого периода инсульта, в нейрохирургическое отделение краевой клинической больницы был переведен 71 больной для проведения ангиографии, КТ головного мозга и хирургического лечения.

Псевдоинсульты наблюдались у 2% больных, мозговая симптоматика в этих случаях обуславливалась тяжелыми соматическими заболеваниями (инфаркт миокарда, ХПН, сердечно-легочная недостаточность).

Лечебные мероприятия осуществляли комплексно, в начале заболевания — базисная терапия, а при уточнении характера инсульта — дифференцированное лечение. В первую очередь назначали по показаниям гипотензивные препараты (клофелин, блокаторы кальциевых каналов, рауседил, дибазол и др.), дегидрата-

цию (дексаметазон, преднизолон, маннитол, лазикс), капельные вливания реополиглюкина с тренталом или кавинтоном.

При кардиогенной тромбоэмболии и в ряде других случаев предписывали гепарин инъекционно с последующим переходом на фенилин и синкумар. Широко применяли сермион, агапурин, церебролизин, церебрил и глицин.

В 1996 г. летальность при инсультах в отделении составила в целом 6,4%. Из 74 умерших, леченных в стационаре не более 2 суток, расхождение клинического и патанатомического диагнозов наблюдалось лишь у 4 человек. В 1995 г. до создания реанимационного блока в неврологическом отделении летальность составляла 6,5%. Расхождение клинического и патанатомического диагнозов было у 2 человек из 67 умерших.

Итак, в результате мероприятий, проведенных в 1995—1996 гг., улучшилась организация диагностического и лечебного процессов в отделении, позволившая расширить показания к ранней госпитализации больных с ОНМК. Показатели работы отделения по сравнению с аналогичными стационарами в других городах России вполне удовлетворительные.

В числе задач по совершенствованию работы в 1997 г. остается крайняя необходимость в оснащении больницы скорой медицинской помощи компьютерным томографом, что дало бы возможность улучшить диагностический процесс, шире внедрять жизнеберегающие операции при геморрагических инсультах непосредственно в БСМП и обеспечить снижение последующей инвалидизации и летальности при инсультах.

В 1997 г. планируются создание дополнительной неврологической бригады скорой медицинской помощи в городе, проведение месячных циклов тематического усовершенствования невропатологов города и края на базе БСМП и Кубанской медицинской академии по неотложной неврологии. Намечены внедрение гипербарической оксигенации как одного из методов лечения ОНМК, проведение однодневного семинара с невропатологами Краснодара по вопросам профилактики и лечения цереброваскулярных нарушений. По согласованию с краевым департаментом здравоохранения в краевом кардиологическом центре будут введены должности невропатологов, подготовленных по кардионеврологии с целью улучшения профилактики ОНМК и специализированного оказания помощи кардионеврологическим больным. По окончании строительства второй очереди краевого диагностического центра предусмотрено введение дополнительной должности ангионевропатолога для улучшения профилактической работы в городе на ранних стадиях цереброваскулярной патологии.

Поступила 02.02.97.

