

А.Ю. Подлипалин, В.В. Белопасов

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТАМИ В Г. АСТРАХАНИ*Городская клиническая больница №3, г. Астрахань
Астраханская государственная медицинская академия*

Проблема инсульта приобретает в наши дни все большую медико-социальную значимость. Экономические затраты на лечение инсульта в развитых странах занимают 4% от всего медицинского бюджета. В России ежегодно регистрируется 400—450 тыс. инсультов, в Астрахани с 1995 по 2000 г. — от 1,8 до 2 тысяч. Каждые 1,5 минуты в России происходит инсульт, в Астрахани — каждые 5 часов. По летальности инсульт занимает второе место, по остаточной инвалидности — первое.

Рост инсульта обусловлен увеличением среди населения числа лиц пожилого и старческого возраста, а также нарастающим негативным влиянием факторов урбанизации, социально-экономической нестабильностью общества, низким уровнем профилактики сосудистых заболеваний. За последние 5 лет изменились структура заболеваемости, тактика лечения больных с инсультами. Заболеваемость с 1995 по 2000 г. ежегодно возрастала на 2% и составляла в районах Астраханской области 127,0 на 100 тыс. населения, в Астрахани — 196,4. За последние 6 лет (1994—2000 гг.) число больных 70—79 лет увеличилось на 7%; от 60 до 69 лет — на 8%, от 30 до 39 лет — на 12%. Соотношение случаев ишемических и геморрагических инсультов возросло с 1997 по 2000 г. с 1:4,4 до 1:4,8. За последние 5 лет отмечается ежегодный рост случаев ишемических и геморрагических инсультов соответственно на 5% и 2%.

Изменился медико-социальный статус больных: относительное число неработающих приближается к 18%, что требует дополнительного финансирования лечебных учреждений в условиях страховой медицины. Среди госпитализированных 48% мужчин и 52% женщин, но в трудоспособном возрасте по-прежнему преобладают мужчины. В последние 5 лет частота острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) на фоне злоупотребления алкоголем возросла на 8%. Атеросклероз как фактор риска фактически не контролируется, его патогенетическая терапия не проводится, между тем он выявляется у 70% больных.

За годы наблюдения с 1995 по 2001 г. летальность на дому увеличилась на 6%; количество вызовов бригад скорой помощи по поводу ОНМК — на 7%. Наблюдается рост удельного веса больных с плохо купируемыми гипертоническими кризами, сочетанной патологией (артериальной гипертензией, мерцательной аритмией, сахарным диабетом), особенно ее декомпенсированных форм. Дебюты заболеваний с судорожного синдрома или коматозного состояния увеличились с 1997 г. на 5%. Возрастание числа больных с ОНМК на фоне тяжелых декомпенсированных соматических, и прежде всего кардиологических, патологий, дебют с судорог и комы являются трудно управляемыми неврологами факторами, отрицательно влияющими на прогноз ОНМК.

Анализируя догоспитальный этап (дом, поликлиника, скорая помощь), мы хотим обратить внимание врачей на факторы, оказывающие негативное влияние на исход и лечение больных с ОНМК, которые при должном подходе к профилактике ОНМК могут быть управляемыми:

1) позднее обращение за медицинской помощью (более суток) — ежегодно до 8 % больных;

2) поздняя госпитализация за счет ошибок в диагностике, ведении больных с ПНМК на поликлиническом этапе, лечение больных с инсультами легкой и средней тяжести на дому без консультации невролога, затягивание времени госпитализации для проведения дополнительных исследований с целью уточнения диагноза;

3) отсутствие или неправильная тактика лечения терапевтами хронических больных с артериальной гипертензией, мерцательной аритмией, сахарным диабетом; несоблюдение современных схем и стандартов лечения, что приводит к декомпенсации и, как следствие, к развитию инсульта и его осложнений;

4) неправильное оказание экстренной помощи на этапе скорой помощи: а) неконтролируемое резкое снижение артериального давления; б) отсутствие инфузионной терапии, венозного доступа; в) неумение купировать судороги,

нарушения сердечного ритма, дыхательные расстройства и, как следствие, полипрогмазия; г) плохо оформленная документация, игнорирование сбора и записи анамнеза от окружающих родственников, у больных с комой или речевыми нарушениями; д) госпитализация больных общими, неспециализированными бригадами, незнание врачами дифференциальной диагностики, тактики лечения критических состояний, обусловленных церебральной патологией.

своем составе неврологическое (нейрососудистое) отделение;

4) городские неврологические стационары с реабилитационными койками;

5) амбулаторно-реабилитационные кабинеты в поликлиниках и МСЧ для обслуживания больных на дому;

6) санаторий для проведения реабилитационного лечения нейрососудистых больных;



Схема организации экстренной неврологической помощи в г. Астрахани

На основании рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и собственного опыта предлагаем для улучшения поэтапной помощи больным с инсультами в среднем российском городе, имеющим 300—500 тысяч населения, следующую организационную форму (см. схему):

1) экстренная госпитализация больных с ОНМК в первые 3—6 часов специализированными неврологическими или реанимационными бригадами;

2) направление больных через приемное отделение в экстренное нейрососудистое отделение, в котором находятся палата интенсивной терапии, нейрососудистые койки, койки ранней реабилитации. По показаниям проводится госпитализация больных в отделения общей реанимации, нейрохирургии, терапии (кардиологии) после совместных осмотров и решений с соответствующими специалистами;

3) создание городского Центра профилактики и лечения сосудистых заболеваний головного мозга с «Регистром инсульта» целесообразно на базе многопрофильной больницы, имеющей в

7) медико-социальные отделения сестринского ухода при городских терапевтических и неврологических больницах.

Предложенная нами в 1999 г. схема организации помощи больным с ОНМК постепенно внедряется в практику городской неврологической службы г. Астрахани (в 1999 г. — палата интенсивной терапии, койки ранней реабилитации, в 2000 г. — городской сосудистый центр, в 2002 г. — койки долечивания в местном санатории № 2 курорта «Тинаки»). Данная модель этапной помощи больным с инсультами является развитием системы, предложенной Е.И. Шмидтом в 1974 г. Она может быть применена и адаптирована в любом среднем городе Российской Федерации. Четкое функционирование предлагаемой структуры организации помощи больным с ОНМК наиболее полно отвечает требованиям местного здравоохранения, так как позволяет вести достоверную статистику, быстро и качественно оказывать медико-социальную помощь больным с инсультами.

Поступила 21.10.02.