

Организация специализированной медицинской помощи больным с инсультом в Республике Башкортостан

Л.Б. НОВИКОВА

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Organization of a specialized medical care to stroke patients in the Republic of Bashkortostan

L.B. NOVIKOVA

Bashkirian State Medical University, Ufa

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, мексидол.

Key words: stroke, rehabilitation, mexidol.

Заболеваемость инсультом в РФ составляет 348 человек, а смертность — 175,0 на 100 000 населения, что свидетельствует о высокой медико-социальной значимости данной проблемы. Велико число заболевших молодого трудоспособного возраста. В Республике Башкортостан динамика заболеваемости инсультом за последние 10 лет характеризуется тенденцией к повышению показателей с 1,6 до 2,3 на 1000 человек, причем в структуре общей заболеваемости увеличивается рост числа случаев геморрагического инсульта, который свидетельствует о недостаточно эффективном выявлении и терапии артериальной гипертензии как одного из ведущих факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения. В Республике Башкортостан в 2009—2011 гг. число лиц трудоспособного возраста, получивших инвалидизацию вследствие цереброваскулярных заболеваний, составило 9987 человек. Эти данные свидетельствуют о необходимости системной организации помощи больным с расстройствами мозгового кровообращения, включая профилактические и лечебные мероприятия, а также совершенствование системы нейрореабилитации.

Вместе с тем, в Республике Башкортостан, несмотря на прослеживающуюся тенденцию к повышению заболеваемости инсультом, отмечается снижение показателей смертности как вследствие ишемического, так и геморрагического инсульта, особенно за последние 2 года. Указанная тенденция может быть связана с созданием в 2009 г. в рамках программы модернизации здравоохранения в Республике Башкортостан регионального сосудистого центра (РСЦ) и внедрения инновационных методов

диагностики и лечения церебрального инсульта. Так, летальность от ишемического инсульта снизилась в 2011 г. до 11,5% по сравнению с 2009 г. (13,1%), а от геморрагического инсульта за этот же период — с 43,4 до 36,8%. Снижение летальности от геморрагического инсульта стало возможным благодаря внедрению в систему оказания помощи как открытых нейрохирургических вмешательств, так и малоинвазивных методов хирургического лечения с применением эндоскопической техники и безрамного стереотаксиса с использованием рекомбинантных фибринолитиков. Летальность при операциях открытого удаления внутримозговых гематом сократилась за последние 2 года в 1,4 раза, при минимально-инвазивных методиках также отмечается значительное снижение летальности (31,1% — 2009 г.; 5,0% — 2011 г.). Общая хирургическая летальность при геморрагическом инсульте снизилась в 1,8 раза (56,7% — 2009 г.; 32,4% — 2011 г.). Летальность при открытых вмешательствах за 5 мес 2011 и 2012 гг. снизилась с 46,2 до 30,1%. По поводу пороков развития интракраниальных сосудов с 2009 по 2011 гг. выполнено 190 операций (из них 84 — клипирование аневризм). Послеоперационная летальность при открытых вмешательствах по поводу пороков развития интракраниальных сосудов уменьшилась с 15,2 (2009) до 8,1% (2011). Указанная динамика стала возможной благодаря реализации национального проекта «Здоровье» по снижению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Вместе с тем важно не только сохранить больному жизнь, но и вернуть его к полноценному функционированию. Поэтому столь актуальна правиль-

но организованная реабилитация больных, перенесших инсульт. Задача, поставленная ВОЗ на период 2006—2015 гг., заключается в том, чтобы не менее 70% выживших после перенесенного инсульта были полностью независимыми в повседневной жизни через 3 мес после развития заболевания. Вследствие этого чрезвычайно важно соблюдать принципы реабилитации: раннее начало мероприятий, включая раннюю мобилизацию, в первые 12—48 ч заболевания; система реабилитационных мероприятий должна иметь соответствующую длительность, характеризоваться преемственностью и мультидисциплинарным характером. Поэтапная реабилитация постинсультных больных должна проводиться на основе интеграции стационарного, поликлинического и санаторно-курортного циклов, соответствующих 3 уровням реабилитации, включающим восстановление, компенсацию и реадaptацию.

Для обеспечения эффективной ранней реабилитации важно широкое практическое внедрение опыта работы мультидисциплинарной бригады; обучение и повышение квалификации персонала; адекватное материально-техническое оснащение. Реабилитация больных, перенесших инсульт, проводится с учетом периода заболевания (острейший, острый, ранний и поздний восстановительный периоды), для каждого из которых определяются четкие задачи. Основными целями ранней реабилитации в острейшем периоде являются коррекция дыхательной дисфункции, нормализация поструральной афферентации (лечение положением, коррекция динамической афферентации, выявление и коррекция нарушений глотания, обеспечение адекватного питания больного), определение наличия и характера нарушений речи и формирование программы коррекционных мероприятий, улучшение состояния микроциркуляции и трофики кожных покровов. Так, уже в палате нейрореанимационного отделения РСЦ используется роботизированная вертикализация под контролем центральной и церебральной гемодинамики (рис. 1).

Раннее начало реабилитационных мероприятий дополняется своевременным выявлением и коррекцией когнитивных нарушений, нормализацией психоэмоционального статуса пациента, членов семьи и ухаживающих за больным лиц, а также бытовой и социальной адаптацией с установкой на независимый образ жизни.

По завершении стационарного лечения в РСЦ дальнейшая тактика ведения больного с инсультом определяется врачебным консилиумом в составе ведущего отделением, лечащего врача, членов мультидисциплинарной бригады. Реабилитационное лечение работающих больных с инсультом непосредственно после стационарного лечения осуществляется также в санаторно-курортном учреждении. В Республике Башкортостан ежегодно сана-

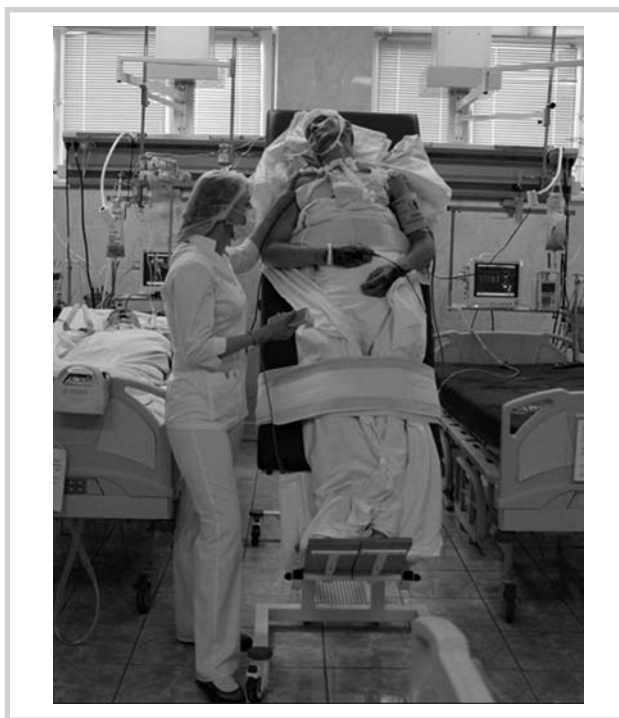


Рис. 1. Палата нейрореанимационного отделения РСЦ, ПСО.

Роботизированная вертикализация под контролем гемодинамики на кардиомониторе, предварительно определен индекс Овершута = 1,25. Больной С. Геморрагический инсульт, правосторонняя гемиплегия.

торный этап реабилитации проходят свыше 1200 работающих пациентов, перенесших инсульт. Серьезной проблемой остается реабилитация неработающих больных, а также пациентов с сопутствующей соматической патологией.

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 06.07.09 №389н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» и в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи больным с инсультом в мае 2011 г. в Уфе был открыт Городской центр восстановительной медицины и реабилитации, который позволил решить вопросы преемственности лечения и ранней реабилитации постинсультных больных. Перевод больных, перенесших инсульт, из РСЦ для восстановительного лечения и реабилитации проводится в соответствии с приказом Управления здравоохранения Уфы №362-од: в амбулаторно-поликлинические учреждения, врачебно-физкультурные диспансеры — больные с сохранными психическими и двигательными функциями (больные полностью себя обслуживают, передвигаются самостоятельно или с дополнительными средствами опоры), состояние которых оценивается не менее чем в 8 баллов по шкале мобильности Ривермид; в Центр восстановительной медицины и реабилитации при городской клинической больнице №5, санаторно-курортные учреждения для оказания помощи боль-



Рис. 2. Реабилитационный комплекс с беговой дорожкой и роботизированным ортопедическим устройством для локомоторной терапии Локомат («Носота», Швейцария).

ным — пациенты, способные к активному поддержанию вертикального положения и самостоятельному передвижению, самообслуживанию, с должным уровнем физических, умственных и психических способностей, положительным прогнозом восстановления, передвигающиеся с дополнительными средствами опоры и активно в коляске (состояние не менее 4 баллов по шкале мобильности Ривермид); в отделения реабилитации городской клинической больницы №10, специализированные больницы восстановительного лечения пациентов со значительными нарушениями двигательных и/или когнитивных, психических функций — больные, передвигающиеся только в коляске и требующие помощи при самообслуживании (состояние, расцениваемое менее чем в 4 балла по шкале мобильности Ривермид); в специализированные гериатрические больничные учреждения, отделения сестринского ухода, хосписы или выписываются домой под наблюдение медицинского работника — больные со значительными нарушениями двигательных и/или когнитивных, психических функций, самостоятельно не передвигающиеся и требующие постоянного ухода (состояние 1 балл и меньше по шкале мобильности Ривермид).

В РСЦ было организовано оказание специализированной высокотехнологичной медицинской помощи больным с инсультом в соответствии со стандартами медицинской помощи, включающими проведение комплексной терапии, направленной на восстановление нарушенных функций мультидисциплинарной бригадой, включая бытовую реабилитацию, кинезиотерапию, физиотерапию, медико-психологическую, педагогическую, логопедическую, медико-социальную помощь и проведение мероприятий по профилактике повторного инсульта.

Центр оснащен современным оборудованием зарубежного производства, включая роботизиро-

ванную технику: локомат (рис. 2); терапевтические тренажеры MOTomed viva2 (RECKMedizintechnik); программноуправляемые комплексы для лечения больных с ограниченной моторикой рук, ног и нарушением ходьбы; магнитотерапевтический аппарат Magnet 5920 (BTL Industries Ltd); многофункциональный физиотерапевтический интеллектуальный комплекс INTELLECT Advanced (ZIMMER Medizin Systeme, Германия), который обеспечивает комбинированное воздействие электро-, ультразвуковой и вакуумной терапии; комплекс ХИВАМАТ 200 (PHYSIOMED, Германия), ВокаСТИМ-Мастер (PHYSIOMED, Германия) для проведения электрофонопедической миостимуляции; подъемник для тяжелобольных ROPOX (Дания), вертикализатор VARIO-LINE (Германия); прибор Стабилан-01, который обеспечивает регистрацию, обработку и анализ траектории перемещения центра давления (ЦД) человека на плоскость опоры, что позволяет использовать его для диагностики и оценки психофизиологического состояния, аппарат для восстановления навыков равновесия посредством транслингвальной стимуляции структур мозга BrainPort Balance Device (BPBD) и подиум для восстановления мелкой моторики и баланса; тренажер-стендер Balance — Trainer (Medica Medizintechnik GmbH). Имеется прекрасно оборудованная комната для проведения эрготерапии и зал лечебной физкультуры (рис. 3).

За 1 год работы Центра были пролечены 1566 больных, перенесших инсульт, состояние 59,6% из которых оценивалось в 4—7 баллов по шкале Ривермид. В раннем восстановительном периоде находились 68,9% больных, в позднем восстановительном периоде — 25,1% и в резидуальном — 6,2%. Мультидисциплинарной командой под руководством невролога для каждого больного составлялась индивидуальная программа реабилитации с учетом основных клинических проявлений заболевания — синдрома верхнего центрального гемипареза, координаторных расстройств, глазодвигательных нарушений, болевых синдромов, когнитивных нарушений, депрессии и аффективных расстройств. У большинства (63,2%) больных, перенесших инсульт, установлен атеротромботический подтип, кардиоэмболический подтип инсульта имел место у 26,0%, лакунарный — у 4,1%, гемодинамический — у 3,2%, неустановленной этиологии — у 4,0%. Знание подтипа инсульта важно для проведения индивидуализированной вторичной профилактики наряду с организацией реабилитационного процесса, которая включает антитромбоцитарные (антиагреганты, антикоагулянты при кардиоэмболическом подтипе), антигипертензивные средства, статины, а при стенозе магистральных артерий головы — хирургические методы (каротидная эндартерэктомия, стентирование).

Организация реабилитационных мероприятий для больных, перенесших инсульт, в соответствии с концепцией ВОЗ, оснащение Центра реабилитации в Уфе высокотехнологичным оборудованием, мультидисциплинарный подход позволили поднять уровень оказания медицинской помощи этим пациентам на качественно более высокий уровень, добиться значительного улучшения у 84,4% и улучшения — у 12,4% пациентов. Отсутствие положительной динамики на фоне лечения наблюдалось у 3,2% больных с исходно максимальной выраженностью неврологического дефицита, сопутствующей тяжелой соматической патологией. На момент выписки из реабилитационного центра число независимых в повседневной жизни больных по шкале мобильности Ривермид достигло 76,3%.

Таким образом, полученные положительные результаты системной организации оказания помощи больным с острыми нарушением мозгового кровообращения в РСЦ свидетельствуют о необходимо-

сти внедрения данного опыта на всей территории РБ. В связи с этим в рамках Программы модернизации здравоохранения Республики Башкортостан на 2011—2012 гг. правительством проводятся мероприятия по созданию и оснащению 2 новых региональных сосудистых центров и 8 первичных сосудистых отделений.

Несомненно, на сегодня имеются нерешенные проблемы. На наш взгляд, формирование государственной программы осуществления реабилитационных мероприятий среди больных с инсультом как одно из приоритетных направлений здравоохранения позволит совершенствовать организационные основы реабилитационного процесса, улучшить подготовку медицинских, психологических и педагогических кадров, нейрореабилитологов, а также внедрить различные формы работы амбулаторного этапа реабилитации (дневной стационар; стационар на дому; школы для больных и их родственников и т.д.).

★ ★ ★