

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Предварительные итоги реализации Федеральной программы по улучшению качества оказания медицинской помощи больным с инсультом на примере Самарской области

О.В. АНДРОФАГИНА², И.Е. ПОВЕРЕННОВА^{1*}, И.А. СТРЕЛЬНИКОВА¹, М.А. НЕКЛЮДОВА²

¹Самарский государственный медицинский университет; ²Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина

Preliminary results of the realization of the Federal program on improvement of medical care to stroke patients in the Samara oblast

O.V. ANDROFAGINA, I.E. POVERENNOVA, I.A. STRELNIKOVA, M.A. NEKLYUDOVA

Samara State Medical University; Kalinin Samara Regional Clinical Hospital

В Самарской области сердечно-сосудистые заболевания в структуре общей смертности занимают 1-е место (53%). Благодаря реализации Федеральной программы по совершенствованию помощи больным с сосудистыми заболеваниями, заболеваемость острыми нарушениями мозгового кровообращения снизилась с 343 до 326 на 100 000 населения, а смертность — с 145,7 до 87,4 на 100 000; отмечается рост доли больных, выписанных домой независимыми в повседневной жизни с 50,8% в 2010 г. до 64,2% в 2012 г. Положительные результаты организации специализированной помощи больным с инсультом определяют необходимость внедрения данного опыта на всей территории Самарской области.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, организация помощи, дисфагия.

In the Samara oblast, cardiovascular diseases take the first place (53%) in the structure of total mortality. Due to the realization of the Federal program on improvement of medical care to patients with cardiovascular diseases, morbidity rates of acute blood circulation disorders decreased from 343 to 326 per 100 000, mortality rates decreased from 145,7 to 87,4 per 100 000 and percent of discharged patients who were independent in daily life increased from 50,8% in 2010 to 64,2% in 2012. Positive results of the organization of specialized care to stroke patients demand the implementation of this experience on the whole territory of the Samara oblast.

Key words: stroke, rehabilitation, organization of care, dysphagia.

Болезни системы кровообращения из-за своей широкой распространенности, тяжести последствий и недостаточной эффективности терапии можно назвать трагедией современного общества; по степени инвалидизации инсульт занимает среди них ведущее место. В 2004 г. инсульт был определен ВОЗ как эпидемия, угрожающая жизни и здоровью населения всего мира. Он занимает 3-е место среди причин смерти в США, где ежегодно инсульт переносят 750 000 человек, из которых 30% умирают в течение 1-го года. В Великобритании заболеваемость инсультом составляет 150 000 случаев в год и также занимает 3-е место в ряду причин смерти [1].

В России сердечно-сосудистая патология является причиной смерти 57–58% взрослого населения. Показатели смертности от инсульта в России одни из самых высоких в Европе и в 6 раз превышают аналогичные показатели в США. В России проживают более 1 млн перенесших инсульт, а ежегодная смертность от него составляет около 175 000 че-

люек. Более 80% выживших больных становятся инвалидами, и лишь 8% могут вернуться к прежней жизни [2, 3].

Разработка и реализация активных государственных стратегий в отношении охраны здоровья является первостепенной задачей во многих странах мира, включая Россию. В рамках Федеральной программы по совершенствованию помощи больным с сосудистыми заболеваниями создана специализированная служба для оказания помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК): открыт региональный сосудистый центр (РСЦ) в Самарской областной клинической больнице им. М.И. Калинина и специализированные первичные отделения для лечения больных с сосудистыми заболеваниями (ПСО) в муниципальных учреждениях здравоохранения.

В Самарской области сердечно-сосудистые заболевания в структуре общей смертности занимают 1-е место, составляя 53%, а в структуре смертности

трудоспособного населения области — 2-е место (22,3%). Заболеваемость ОНМК в 2009 г. составила 343, смертность — 145,7 на 100 000 населения. В 2010 г. эти показатели составили 364,4 и 124,2 на 100 000 соответственно, в 2011 г. тенденция к снижению заболеваемости и смертности от ОНМК сохранилась, и данные показатели составили 326,4 и 87,4 на 100 000. Такая положительная динамика в большой степени связана с работой РСЦ, внедрением новых методов лечения, диагностики, регистрации и профилактики ОНМК.

В 2010—2012 гг. в РСЦ пролечен 3581 больной с ОНМК. Соотношение ишемического и геморрагического инсультов составило 5:1. За 3-летний период функционирования РСЦ число госпитализированных больных с ишемическим инсультом выросло с 61,6% (779 больных) до 74,3% (962), при этом число пациентов с геморрагическим инсультом снизилось с 22,9% (289 больных) до 15,7% (139). Также уменьшилось число пациентов, госпитализированных по поводу транзиторных ишемических атак (ТИА) с 15,5% (196 больных) в 2010 г. до 7,2% (93) в 2012 г. Уменьшение числа госпитализированных больных с геморрагическим инсультом и ТИА отражает общую тенденцию по области в целом, что, вероятно, связано с внедрением программ вторичной профилактики, направленных на выявление и коррекцию таких факторов риска, как артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет, фибрилляция предсердий, стенокклюзирующие поражения брахиоцефальных артерий.

В структуре госпитализированных больных неуклонно растет доля тяжелых и крайне тяжелых пациентов — с 42,5% в 2011 г. до 43,8% в 2012 г., что объясняет увеличение летальности. Так, госпитальная летальность от ОНМК в 2010 г. составила 11,9%, в 2011 г. — 11,0% и в 2012 г. — 12,2%. Летальность от геморрагического инсульта в 2010 г. составила 32,2%, в 2011 г. — 28,4% и в 2012 г. — 36,8%. Снижение летальности в 2011 г. было обусловлено внедрением в клиническую практику как открытых нейрохирургических вмешательств, так и малоинвазивных методик с применением системы нейронавигации и локального фибринолиза. Так, в 2010 г. была выполнена 71 открытая операция по поводу внутричерепного кровоизлияния, в 2011 г. — 109 операций; число малоинвазивных вмешательств в 2010 г. — 61 операция, в 2011 г. — 62 операции. Рост летальности от геморрагического инсульта в 2012 г. обусловлен увеличением числа пациентов, поступивших в стационар с угнетением сознания до комы и кровоизлиянием большого объема, что является противопоказанием к оперативному лечению. Летальность от ишемического инсульта снизилась с 7,4% в 2010 г. до 7,3% в 2012 г. Уменьшению данного показателя способствовало раннее начало дифференцирован-

ной, патогенетически обусловленной терапии и реабилитационных мероприятий.

Согласно рекомендациям ESO (2008), реабилитационные мероприятия должны начинаться так скоро, как только возможно, и осуществляться мультидисциплинарной бригадой [4]. В остром периоде инсульта основными задачами реабилитации являются ранняя активизация больных, предупреждение развития патологических состояний и осложнений (спастические контрактуры, артропатии, тромбозы, пневмония), восстановление произвольных движений [5, 6]. Во исполнение Приказов Минздравсоцразвития РФ №389-н от 06.07.09 и №357-н от 27.04.11 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с ОНМК», реабилитационные мероприятия начинаются уже в отделении нейрореанимации в первые 24—48 ч от момента поступления пациента в стационар и включают в себя раннюю вертикализацию, лечение положением, пассивную и активную кинезитерапию. Коррекция речевых нарушений проводится логопедом. Так как одним из факторов, значительно снижающих эффективность реабилитационных мероприятий, являются когнитивные нарушения, всем пациентам проводится нейропсихологическое обследование с последующей разработкой индивидуальной программы восстановительного обучения.

Диагностика нарушений глотания осуществляется в течение 3 ч от момента поступления. В качестве скрининговой методики используется стандартный тест с глотанием 100 мл воды. Если пациент не проходит скрининговый тест, то в дальнейшем осуществляется углубленное клиническое исследование функции глотания неврологом и логопедом с определением тяжести нарушения акта глотания и риска развития аспирационных осложнений. Для коррекции нарушений глотания используются следующие методы: заместительный с нутритивной поддержкой (питание через назогастральный зонд, парентеральное питание), диетический (прием пищи определенной консистенции и вязкости), компенсаторный, тренировочный и метод нейромышечной электростимуляции. Разработанная нами методика нейромышечной электростимуляции позволяет достичь значительного улучшения функции глотания вплоть до ее восстановления у 75% больных с дисфагией. Применение этой методики способствовало снижению частоты развития аспирационной пневмонии в 5 раз.

За период 2011—2012 гг. в неврологическом отделении для больных с ОНМК создано 3 кабинета ЛФК — кабинеты механотерапии, эрготерапии, кинезитерапии, открыты кабинеты логопеда и медицинского психолога. По программе модернизации в 2012 г. было получено реабилитационное оборудование — реабилитационная система TuTor («Medi-

touch», Израиль), комплекс роботизированный реабилитационный ReoGo («Motorika», Израиль) для функциональной терапии верхних конечностей с расширенной обратной связью, Баланс Тренер, комплекс аппаратно-программной многоканальной программируемой электростимуляции мышц низкочастотным импульсным током АКорД.

Восстановление утраченных функций у больных с инсультом обуславливается уменьшением отека мозга, восстановлением перфузии в зоне пенумбры, нейропластичностью коры головного мозга и объемом поражения вещества мозга. Предотвращение гибели жизнеспособных нейронов является основной целью терапии при инсульте. Одним из способов ее достижения является применение нейропротективных препаратов. Под нейропротекцией в настоящее время понимают непрерывную адаптацию нейрона к новым функциональным условиям. Нейропротекция представляет собой сумму всех механизмов, направленных против повреждающих факторов. В неврологическом отделении РСЦ как при ишемическом, так и при геморрагическом инсультах широко применяется препарат мексидол. Механизм действия мексидола определяют, прежде всего, его антиоксидантные и антигипоксантами свойства, способность стабилизировать биомембраны клеток, активировать энергосинтезирующие функции митохондрий, модулировать работу рецепторных комплексов и прохождение ионных токов, усиливать связывание эндогенных веществ, улучшать синаптическую передачу и взаимосвязь структур мозга. Это явилось основанием для включения мексидола в Стандарт медицинской помощи больным с инсультом¹ и Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС)². Собственный клинический опыт применения мексидола на догоспитальном этапе и в раннем восстановительном периоде инсульта (внутривенно капельно по 200—500 мг 2—4 раза в сутки на протяжении 10—14 дней), а также в позднем восстановительном периоде (внутримышечно по 200—250 мг 2—3 раза в сутки

на протяжении 2 нед, далее — по 125—250 мг 3 раза в сутки на протяжении 2—6 нед) подтверждает результаты исследования, проведенного В.И. Скворцовой и соавт. [7], свидетельствующие об опережающей динамике в регрессе неврологических нарушений по шкале NIH и функциональном восстановлении (по шкале Бартел) у больных при включении мексидола в схему терапии.

Результатом совокупного действия физических и медикаментозных методов реабилитации явился рост числа больных, пролеченных в неврологическом отделении и выписанных домой независимыми в повседневной жизни (общий балл по шкале Рэнкина менее 2) с 50,8% в 2010 г. до 64,2% в 2012 г. Определенный вклад в увеличение этого показателя вносит рост числа больных с ишемическим инсультом, которым была проведена тромболитическая терапия. В 2010 г. тромболитическая терапия была выполнена 18 больными (2,32% пациентов с ишемическим инсультом), в 2012 г. — 44 (4,6%). Время доставки в РСЦ колеблется от 45 мин до 2,5 ч, что значительно сокращает число больных с ОНМК, поступивших в период «терапевтического окна», и уменьшает возможности проведения специализированных методов лечения, а именно тромболитической терапии. В настоящее время только 46,4% взрослого населения Самарской области включены в зоны ответственности РСЦ и ПСО, поэтому к 2014—2015 гг. на территории области планируется открытие еще 6 ПСО и 1 РСЦ.

Таким образом, положительные результаты организации специализированной помощи больным с инсультом определяют необходимость внедрения данного опыта на всей территории Самарской области. Требующим решения остается вопрос о продолженной реабилитации больных с ОНМК, поскольку в настоящее время в области отсутствуют отделения и больницы восстановительного лечения.

¹Приказ Минздравсоцразвития РФ №513 от 01.08.07.

²Распоряжение Правительства РФ №1938-р от 11.11.10.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антитромботическая терапия ишемических нарушений мозгового кровообращения. Под ред. З.А. Суслиной, М.М. Танащян, М.А. Домашенко. М: Мед информ агент 2009; 244.
2. Инсульт. Диагностика, лечение, профилактика. Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. М: ООО «МЕДпресс-информ» 2009; 288.
3. Скворцова В.И. и др. Становление системы оказания медицинской помощи больным с церебральным инсультом в Российской Федерации. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями», Реал Тайм. М 2011; 13—33.
4. www.eso-stroke.org
5. Белова А.Н., Прокопенко С.В. Нейрореабилитация. М 2010; 1288.
6. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахаронова Л.В. Реабилитация неврологических больных. М: ООО «МЕДпресс-информ» 2009; 564.
7. Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Нарциссов Я.Р. и соавт. Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности и безопасности мексидола в комплексной терапии ишемического инсульта в остром периоде. Журн неврол и психиатр 2006; 18: 47—54.