

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



Интервью с заместителем директора по научной работе Санкт-Петербургского НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, профессором кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Игорем Алексеевичем Вознюком

Игорь Алексеевич, расскажите о ситуации с заболеваемостью инсультом в Санкт-Петербурге. Есть ли какие-либо региональные особенности по сравнению с общим положением, сложившимся в РФ? Каково соотношение между ишемическим и геморрагическим инсультами?

Сегодня в Санкт-Петербурге официально зарегистрированы 5 028 000 жителей, однако фактически постоянно проживают более 7,5 млн. При этом почти 60% населения имеют возраст старше 40 лет. Таким образом, для Санкт-Петербурга характерен типичный для многих стран мира процесс «старения» населения.

Являясь представителем мировых мегаполисов, Санкт-Петербург высокоурбанизирован. Для него характерны высокие показатели плотности проживания, уровня социальной напряженности, наличие транспортных проблем, мультикультуральность и экономическое расслоение. Такая среда способствует высокой заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения. С конца 90-х годов традиционным для мегаполисов РФ считался уровень заболеваемости инсультом 450—520 случаев на 100 000 населения в год. В последние 3 года в Санкт-Петербурге регистрируется от 25 000 до 29 000 обращений по поводу инсульта в год, из которых от 20 000 до 22 000 госпитализируются в стационары города с этим диагнозом. В связи с этим необходимо отметить «сезонное» возрастание числа заболевших инсультом. Речь идет о высокой обращаемости в ноябре—декабре, феврале—марте и в августе. Если среднее число обращений с подозрением на инсульт в течение года без учета сезона составляет 40—65 в

сутки, то пиковая обращаемость может достигать 140 случаев.

Частота возникновения геморрагических и ишемических инсультов в нашем городе соответствует североамериканской статистике и устойчиво представлена пропорцией 1:9. В целом с начала нынешнего века имеет место тенденция к снижению числа геморрагических инсультов (с 20 до 10%), что связано с тем, что в широкую практику вошли современные методы лечения гипертонической болезни с использованием эффективных средств антигипертензивной терапии.

Какова структура оказания помощи больным с инсультом в Санкт-Петербурге? Сколько региональных сосудистых центров (РСЦ) и первичных сосудистых центров функционирует? Какие еще готовятся к открытию?

Организационной основой всей системы оказания специализированной медицинской помощи является стационарный этап, реализуемый на базе сосудистого центра (первичного или регионального), имеющего в своем составе неврологическое отделение с блоком интенсивной терапии и реанимации (БИТР), с количеством коек для отделения и для БИТР в пропорции 1:5. Число неврологических отделений в сосудистом центре формируется с учетом численности населения из расчета 30 коек на 150 000 взрослого населения.

Руководствуясь требованиями «Порядка оказания помощи больным с инсультом», с учетом численности населения и частоты возникновения новых случаев инсульта для Санкт-Петербурга, необ-

ходимо иметь не менее 900 неврологических коек в составе сосудистых центров и неврологических отделений для острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). В настоящее время число развернутых с января 2011 г. коек в составе 6 РСЦ в два раза меньше и поэтому часть пациентов с ОНМК (до 35—40%) госпитализируются в «неспециализированные» стационары. Такое нарушение соответствия имеющегося коечного фонда создало условия для неполного выполнения медико-экономических стандартов лечения в части случаев. В связи с этим сейчас прорабатывается возможность подключения к работающим РСЦ еще 8 стационаров с неврологическими отделениями для больных с ОНМК. К сожалению, современные условия материально-технического обеспечения не позволяют сделать это быстро.

Игорь Алексеевич, Вы являетесь заместителем директора по научной и учебной работе НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, какие проблемы помощи больным с инсультом на догоспитальном этапе Вы можете назвать? Какое число пациентов попадает в «терапевтическое окно» с возможностью проведения тромболизиса?

Ранняя госпитализация больных и специализированное лечение в самом начале развития заболевания, а также возможность применения тромболитической терапии и внутрисосудистых хирургических вмешательств — основные тактические цели создания сети сосудистых центров, влияющие на выживаемость и уровень инвалидизации после перенесенного инсульта. Поэтому особого внимания требует работа на догоспитальном этапе, в частности детальная проработка маршрутов доставки пациентов. В Санкт-Петербурге до сегодняшнего дня маршруты для бригад скорой медицинской помощи предполагали сбор пациентов из трех зон — «юг», «центр», «север», ориентированных на 6 РСЦ. Такой подход оказался весьма эффективным: в последние 3 года госпитализация пациентов в 1-е сутки заболевания превысила порог в 80% (по сравнению с началом 2000 г. — менее 45%). Однако среди них процент госпитализированных в пределах «терапевтического окна» (менее 4,5 ч) остается крайне низким — от 1,5 до 12,9%. Именно поэтому требуется решение еще целого ряда проблем, относящихся к организации догоспитального этапа оказания помощи:

— изменение схемы прикрепления проживающего населения к расширенной сети сосудистых центров, а также обновление схем маршрутов для служб скорой и неотложной медицинской помощи, доставляющих пациентов с инсультом;

— разработка плана подготовки врачебного и среднего персонала, обеспечивающего работу всех подразделений, объединенных (на функциональной основе) в сосудистые центры по вопросам диагно-

стики, лечения и реабилитации больных с инсультами с привлечением научно-педагогического потенциала Санкт-Петербурга;

— организация широкой информированности населения о признаках ОНМК, а также проведение на базе РСЦ регулярных образовательных программ по профилактике инсульта для пациентов и их родственников.

Каким образом организована современная хирургическая помощь при инсульте? Много ли в РСЦ хирургов, способных выполнять современные методы внутрисосудистых вмешательств?

В соответствии с имеющимися данными о больных с инсультом, в городской популяции ежегодно требуется около 250 вмешательств по поводу аневризм сосудов головного мозга, 150 — по поводу внутримозговых кровоизлияний, до 2,5 тыс. операций по поводу стенозирующего поражения сонных и позвоночных артерий, до 500 внутрисосудистых вмешательств по поводу закупорки мозговых артерий. Развивающаяся материально-техническая база РСЦ, накопление опыта работы, концентрация и перераспределение профессиональных кадров уже привели к наращиванию частоты применения хирургической помощи больным с инсультом в остром периоде, а также к расширению арсенала оперативных вмешательств. Общее число вмешательств при ОНМК (церебральная ангиография и все виды операций) возросло с 1211 в 2012 г. до 1940 в 2013 г., а за 10 мес текущего года превысило 1900.

Постоянно расширяется список открытых и эндоваскулярных манипуляций. В 2013 г. в РСЦ городских стационаров выполнялись:

- эндоваскулярная экстракция тромбов в 1-е сутки;
- каротидная эндартерэктомия в первые 7—10 сут;
- стентирование и ангиопластика магистральных артерий головы и шеи в первые 7—10 сут;
- пластика артерий вертебрально-базиллярного бассейна;
- «открытое» оперативное лечение аневризм в первые 7—10 сут;
- эндоваскулярная эмболизация аневризм в первые 7—10 сут;
- ЭИКМА в первые 7—10 сут;
- наложение высокопоточных экстраинтракраниальных анастомозов;
- удаление внутримозговых гематом.

Наиболее развивающейся и перспективной хирургической технологией является эндоваскулярная экстракция тромбов (внутрисосудистая «интервенция») в 1-е сутки после развития инсульта. Пока в Санкт-Петербурге она не может считаться широко применяемой, но по опыту европейских стран при обеспечении быстрой доставки больных в РСЦ и наличии необходимых для этой операции материалов можно рассчитывать на проведение не менее

6 вмешательств в месяц (на каждое 30-коечное неврологическое отделение).

Врачебный персонал отделений рентгено-хирургических методов диагностики и лечения в сосудистых центрах города представлен более 80 специалистами, из которых 25 имеют стаж выполнения ангиографических манипуляций свыше 10 лет, а 41 — свыше 3 лет. Почти 50 из них имеют практику эндоваскулярной хирургии от 3 до 10 лет.

Игорь Алексеевич, расскажите, пожалуйста, о Ваших планах и планах Санкт-Петербургского НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе по организации конференций, выпуску методических рекомендаций, монографий.

В настоящее время институту поручено проведение систематического мониторинга исполнения программы оказания помощи больным с ОНМК и острым коронарным синдромом, в связи с чем сотрудниками Научно-методического отдела нашего института анализируется еженедельно пополняемая база данных пациентов этого профиля. Но фактически в такой работе участвуют руководители отделений всех РСЦ. Получаемая информация и аналитические выкладки требуют регулярного и совместного обсуждения, по нашим оценкам, не реже 1 раза в квартал, поэтому систематически уже 3 года каждые 2—3 мес совет по инсульту при Комитете здравоохранения и все ангионеврологическое сообщество города встречаются на конференциях и форумах с обязательной повесткой одного из заседаний — этапный анализ работы РСЦ. В ближайшее время такие слушания состоятся в рамках Третьего международного конгресса «РУНЕЙРО-14» и ежегодного конгресса неврологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа РФ, проведение которого планируется совместно с выездным президиумом Всероссийского общества неврологов по теме «Инновации в клинической неврологии-2014». Институт участвовал в этом году в подготовке методических пособий и целого ряда национальных протоколов (клинических рекомендаций), в их числе: «Вертикализация пациентов в процессе реабилитации»; «Нутритивно-метаболическая терапия больных с острым нарушением мозгового кровообращения»; «Пассивная вертикализация на поворотном столе (tilt-table) в остром периоде инсульта». Предусматривается также выпуск блока клинических рекомендаций (протоколов) по оказанию скорой медицинской помощи при терапевтических и хирургических неотложных состояниях, в том числе и при острых нарушениях мозгового кровообращения. Кроме того, готовятся к печати две монографии из серии «Неотложная медицина», а также настоящий

раритет — «Дневники основателя научно-исследовательского института Скорой помощи И.И. Джанелидзе».

Как и когда Вы приняли решение посвятить себя медицине? Кто из Ваших учителей оказал влияние?

Тут больших секретов нет. Как бы то ни было чаще всего человек повторяет модель своей семьи, так как воспринятая с детства система ценностей является наиболее стойкой и оптимальной, или близкая к таковой. Мои родители врачи, больше того, отец — военный врач. И когда наступило время выбирать профессию, при всем моем возрастном нигилизме аргументировать преимущества другой, не медицинской, профессии я не смог. А в первые же дни знакомства с Военно-медицинской академией исчезли последние сомнения — атмосфера, стиль, глубина и качество преподавания покорили меня. В неврологию я пришел уже осознанно — к IV курсу. С 1984 г. моим «воспитателем» стала кафедра нервных болезней. Непосредственными учителями и наставниками считаю члена-корреспондента АМН СССР Геннадия Александровича Акимова, профессора Анатолия Андреевича Михайленко и члена-корреспондента РАН Мирослава Михайловича Одинака. До сих пор храню рекомендательное письмо Г. Акимова, которое получил будучи выпускником академии, уезжая служить в одну из воинских частей Кольского полуострова. Оно помогло мне получить специализацию первого этапа — интернатуру по неврологии. Внимание и заботу А.А. Михайленко, под руководством которого состоялась моя клиническая ординатура и была выполнена кандидатская диссертация, я чувствую повседневно. Многими своими достижениями я обязан Мирославу Михайловичу Одинаку, который открыл мне широкую дорогу для самостоятельного творчества, поддержал в создании первой нейрореанимации в неврологической клинике и дал старт внедрения тромболитической терапии, при его научном консультировании была защищена моя докторская диссертация. Но рассказ о моих учителях в неврологии мог бы быть бесконечным. Так как в нашей профессии нет дна для познания и учимся мы все время у тех кто старше и младше нас.

Что бы Вы пожелали читателям журнала?

Учитывая, что в большинстве своем читатели Вашего журнала мои коллеги — добровольные «заложники» профессии, то от всей души желаю удачи и здоровья, благополучия и творческого развития, а также присутствия чувства положительного подкрепления, которое несут в себе наша сложная специальность и корпоративные отношения.