

## **Проблемы организации медицинской помощи при нетравматических внутричерепных кровоизлияниях**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Сосудистые заболевания мозга – актуальная медицинская и социальная проблема. Сегодня в мире около 9 млн. человек страдают цереброваскулярными болезнями. Основное место среди них занимают инсульты, каждый год поражающие от 5,6 до 6,6 млн. человек и уносящие 4,6 млн. жизней; смертность от цереброваскулярных заболеваний находится на 3-м (после заболеваний сердца и опухолей всех локализаций) месте и достигает в экономически развитых странах 11-12% [11]. Многие миллионы людей становятся инвалидами.

В России в 2001 г. проведён крупномасштабный регистр инсульта, результаты, которого свидетельствуют, что смертность от инсульта в регионах страны колебалась от 0,70 до 3,31 на 1000 населения [6]. Авторы считают, что в структуре общей смертности в России инсульт занимает второе место после кардиоваскулярных заболеваний и первое место как причина стойкой утраты трудоспособности. Минимальная летальность составила 21,20%, максимальная – 62,25%. Летальность при кровоизлияниях значительно преобладала и составила от 31,30% до 80,00%. Основной вклад в заболеваемость инсультом в России вносит инфаркт мозга (общая заболеваемость 1,98 на 1000 жителей), частота которого в 4 раза выше частоты геморрагического инсульта (0,50 на 1000 жителей) [6]. Авторы отмечают изменение соотношения частоты ишемических и геморрагических инсультов в сторону увеличения кровоизлияний в мозг и предполагают, что наблюдаемый в настоящее время рост процента геморрагических инсультов связан с увеличением числа больных артериальной гипертонией. Очень показательна сравнительная статистика, свидетельствующая, что за последнее десятилетие XX века в Москве количество инсультов ежегодно увеличивалось на 5 – 6 %, в то время как количество больных с инфарктом сердца оставалось относительно стабильным. К концу 1999 года «на каждый случай инфаркта миокарда приходилось два инсульта» [13]. По данным Н.В. Верещагина и З.А. Суслиной в Москве в 2000 году с инсультом госпитализировано больных больше чем с инфарктом миокарда. Госпитализация пациентов с инсультом составила 26 на 10 тыс. населения, а с инфарктом миокарда – 22 на 10 тыс. населения [3]. В г. Рязани в 2002 году первое место среди причин смерти заняли цереброваскулярные болезни (30,5%), второе – ишемическая болезнь сердца (27,6%), третье – злокачественные образования (16,7%) [7]. В.П. Берснев с соавт. сообщили, что в С-Петербурге ежегодно переносят инсульт около 20 000 человек [1].

Цереброваскулярные заболевания с учетом расходов на лечение и медицинскую реабилитацию, а также потерь в сфере производства наносят огромный ущерб экономике. В странах западной Европы инсульт является третьим по частоте смертей заболеванием после сердечно-сосудистой патологии и рака. На него падает 12% всех смертей в Англии и Уэльсе. На инсульт приходится 6% общепольничных затрат и 4,6% от всех затрат национальной системы здравоохранения Шотландии [2]. В 1988 г. в Англии были выявлены многие проблемы в организации инсультных служб и ухода за больными. Инсульт стал социальной проблемой и был объявлен одной из пяти ключевых областей

улучшения здоровья нации. Так, в США прямые и косвенные расходы на каждого больного инсультом на протяжении его жизни после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) составляют от 55 до 73 тыс. долларов в год [15].

Изменить имеющуюся ситуацию можно только путем создания системы оказания адекватной лечебно-профилактической помощи населению. В то же время научно обоснованное планирование и организация действенной системы лечения и реабилитации больных с инсультом невозможны без точных эпидемиологических данных, анализа факторов риска, оказывающих воздействие на возникновение и течение заболевания в отдельных странах и регионах с учетом их географических и этнических особенностей.

Первостепенное значение для снижения смертности и инвалидизации имеет организация этапной помощи больным с кровоизлиянием в головной мозг. По мнению Ч.П. Ворлоу с соавт. [2] всеобъемлющая инсультная служба должна создавать благоприятные условия и обладать специальными знаниями для выполнения всех этих функций. Любая инсультная служба, чтобы быть эффективной, должна быть приспособлена к местным условиям. При организации инсультных служб эти авторы считают необходимым определить круг вопросов и на них ответить:

1. выявить нужды населения;
2. принять во внимание ограниченные ресурсы и с этих позиций рассматривать потребности населения;
3. определить ресурсы и возможности для ведения больных с транзиторными ишемическими атаками и инсультом;
4. установить доказательства экономической эффективности различных звеньев инсультных служб;
5. очертить основные проблемы, имеющиеся на данный момент в системе;
6. определить источники и возможности, необходимые для удовлетворения нужд населения;
7. установить, как должны быть распределены имеющиеся ресурсы, как руководить работой этих служб.

Система оказания помощи больным с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения для внедрения во всех странах мира включает три последовательных звена: 1) неврологические бригады службы скорой помощи; 2) специализированные нейрососудистые отделения; 3) реабилитационные стационары или кабинеты восстановительного лечения в городских поликлиниках [4].

Первым звеном в системе этапной помощи больным с кровоизлиянием в головной мозг, по мнению многих авторов, должны быть неврологические (нейрореанимационные) бригады (НРБ) станции скорой помощи. Они функционируют в городах с численностью населения более 500 тыс. человек. Специальная подготовка врачей-неврологов специализированных бригад, необходимое инструментально-лабораторное оснащение обеспечивают решение одной из основных задач-правильную диагностику типа инсульта-в 85-90% случаев [12]. В то время как невропатологи поликлиник верно устанавливают тип острой сосудистой патологии только в 34,6% случаев, а врачи линейных бригад скорой помощи и участковые терапевты лишь в 7,6% (по данным Виленского Б.С., Аносова

Н.Н., [5]). По данным Н.И. Случек [12], правильная диагностика типа инсульта врачами скорой помощи достигает 34%.

Следующей задачей врачей догоспитального этапа после установления диагноза и начала лечения, является ранняя транспортировка больных с данной патологией в специализированный, строго профилированный стационар с современным диагностическим блоком (включающим компьютерные и магнитно-резонансные томографы) имеющий в своем составе не только неврологическое, но и нейрохирургическое отделение, так как около 1/3 больных нуждаются в этом виде помощи. Часть авторов справедливо считают, что больных с подозрением на разрыв аневризмы, артериовенозной мальформации, на геморрагический инсульт с образованием внутримозговой гематомы наиболее целесообразно госпитализировать сразу же в нейрохирургические отделения [9]. Однако в большинстве случаев (62,5%) больным с острой сосудистой патологией на догоспитальном этапе оказывается неспециализированная медицинская помощь врачами поликлиник и линейных бригад скорой помощи. Это приводит не только к неправильной постановке диагноза, но и госпитализации больного с внутричерепной геморрагией в непрофильные отделения. Ошибочная диагностика внутричерепного кровоизлияния и непрофильная госпитализация являются достаточно грубыми ошибками догоспитального этапа, способствующими увеличению числа неблагоприятных исходов у данной категории больных. Это приводит не только к непрофильной госпитализации, но и, как следствие, к неправильному лечению в стационаре. Врачи линейных бригад скорой помощи также не имеют полного представления о нейрохирургических возможностях и госпитализируют многих больных в неврологическое отделение, вместо нейрохирургического. Это влечет неоправданные задержки специального обследования и оперативного вмешательства, что отрицательно сказывается на исходах лечения. Несмотря на сравнительно небольшую численность пациентов, консультированных невропатологами специализированных бригад, преимущества этой формы медицинской помощи благоприятно сказываются на ближайших и отдаленных результатах лечения внутричерепной геморрагии. В подавляющем большинстве случаев не только своевременно ставится правильный диагноз и оказывается экстренная интенсивная терапия и специализированная помощь, но и осуществляется последующая незамедлительная профильная госпитализация больного. Так, например, летальность среди пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием, консультированных и госпитализированных НРБ в нейрососудистое отделение, в 1,3 раза ниже, чем среди остальных больных [13].

Несмотря на важность профильной госпитализации, в работах некоторых исследователей указывается, что большинство пациентов с внутричерепными кровоизлияниями лечатся в неврологических стационарах общего профиля, где диагностический комплекс остается недостаточно высоким и включает в основном неврологическое обследование и люмбальную пункцию. Для целенаправленного лечения таких больных этих методов недостаточно. По данным В.М.Лившица, В. А. Горбатовского [10], такая ситуация может возникать не только вследствие ошибочной диагностики данной патологии, но и по причине перегруженности специализированных нейрососудистых отделений, что затрудняет решение тактических вопросов на догоспитальном этапе. Ввиду того, что внутричерепные кровоизлияния являются очень тяжелой патологией, развитие которой требует

проведения неотложных мероприятий и начала лечения в максимально короткие сроки, многие авторы придают большое значение времени с момента кровоизлияния до поступления в стационар. По данным В.Н. Щтуц [8], в течение первых трех часов от начала заболевания госпитализируются 35,3% больных, 4-7 час-28,9%, 8-23 час-22,1% и свыше суток-9,2%. Несколько другие данные приводятся зарубежными исследователями. В их наблюдениях 60% больных с внутримозговой геморрагией поступили в первые 3 час, 80% больных-в первые 6 час от начала заболевания [16]. Позднее суток с момента геморрагии обращались за помощью и госпитализировались в стационар 7-9% больных с кровоизлиянием в головной мозг и 26%-с субарахноидальным кровоизлиянием. Позднее обращение за помощью, по мнению Б.С. Виленского [5], обусловлено не только постепенным развитием симптомов, относительно легким течением заболевания, но и неосведомленностью населения относительно серьезности острых сосудистых заболеваний головного мозга и опасности для жизни.

По мнению некоторых авторов, ввиду разного объема помощи в различных отделениях большое значение должно придаваться профильной госпитализации пациента внутри стационара, (реанимационное отделение, палата интенсивной терапии, нейрососудистое отделение, нейрохирургическое отделение). Все больные должны госпитализироваться в отделение интенсивной терапии с целью экстренной диагностики типа инсульта с помощью КТ или ЯМР-КТ и определения тяжести состояния; пациенты с неустановленным источником кровоизлияния и легко протекающими формами инсульта должны переводиться в нейрососудистые отделения; больные с внутримозговыми кровоизлияниями, требующими оперативного вмешательства, должны экстренно переводиться в нейрохирургическое отделение; больные в состоянии комы II-III степени должны переводиться в нейрососудистое отделение и размещаться в отдельных палатах, где проводятся необходимые терапевтические мероприятия, и осуществляется надлежащий уход [9]. Следует отметить, что остается очень много проблем в организации медицинской помощи больным с внутримозговой геморрагией в сельской местности. Из-за больших расстояний больного оставляют дома, что оказывает неблагоприятное влияние исход заболевания. ВЛ. Флейгин отмечает, что если летальность в стационарах при кровоизлиянии в головной мозг составляет 75%. то у лечившихся в домашних условиях-90%. а при субарахноидальном кровоизлиянии-14 и 41%. Эти данные являются убедительным доказательством бесперспективности создания «стационаров на дому» [14].

В вопросах организации лечения больных инсультом нет единого мнения, ни в нашей стране, ни в развитых странах Европы и Америки. В Великобритании до 45% больных с острым инсультом не направляют в больницу, а в Швеции практически всех больных инсультом и большинство с транзиторными ишемическими атаками немедленно госпитализируют для диагностики, оценки состояния и лечения [2]. Весьма неоднородны формы стационарной помощи. В одних странах больные сразу поступают в отделение реанимации, и затем, по мере улучшения состояния, переводятся в специальные инсультные отделения. Срок пребывания в них не выше 12-14 дней, после чего больных переводят в реабилитационные отделения. В других странах создаются необходимые условия для лечения дома.

После внутримозгового кровоизлияния возникает сложная ситуация: летальность высока, уровень диагностики на догоспитальном этапе низок, процент

правильной тактики минимален. Итогом этого является принятие неверных решений: больные остаются дома, а абсолютное большинство госпитализируемых, в основном службой скорой помощи, оказываются в непрофильных стационарах. Оптимальные для диагностики и специализированного лечения сроки быстро истекают, значительная часть больных погибает, а оставшиеся в живых поступают в нейрохирургическую клинику поздно, часто после повторного кровоизлияния с соответствующими осложнениями [9].

Таким образом, на основании приведенных данных можно сделать вывод, что в настоящее время остается очень много проблем и недостатков в организации медицинской помощи больным с внутричерепными кровоизлияниями. Все вышесказанное свидетельствует о необходимости подробного изучения сложившейся системы организации медицинской помощи пациентам с данной патологией. Это будет способствовать выявлению ее основных недостатков, установлению причин и определению путей их преодоления, объективному обоснованию управленческих решений по улучшению организации помощи этим больным.

### **Литература**

1. Берснев В.П., Кондаков Е.Н., Лебедев Э.Д. О работе нейрохирургической службы Санкт-Петербурга. // Нейрохирургия. 1998. 2. С.58.
2. Ворлоу Ч.П. с соавт. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных. Политехника СПб.1998. 629 с.
3. Верещагин Н.В., Суслина З.А. Инсульт в зеркале медицины и общества. // Доклад на 12 – й (LXXXV) сессии Общего собрания РАМН. Цит. по «Медицинская газета» 2003. №26. 9\IV. С.6.
4. Виленский Б.С. Инсульт.-СПб., 1995. 288 с.
5. Виленский Б.С. Инсульт-трудности и ошибки при диагностике и лечении / Б.С. Виленский, Н.Н. Аносов.-Л., 1980. 269 с.
6. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России. // Ж. Неврол. и псих. им. С.С.Корсакова. Инсульт приложение к журналу. Выпуск 8. 2003. с. 4-9.
7. Деев А.С., Мохова Е.А., Коновалов О.Е., Захарушкина И.В. Эпидемиология инсульта в Рязани в 2000 – 2002 гг. // Ж. Неврол. и псих. им. С.С.Корсакова. Инсульт приложение к журналу. Выпуск 9. 2003. С.114.
8. Кондаков Е.Н., Лебедев Э.Д.. Нейрохирургия Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, 2003, 277 с.
9. В.В. Крылов, А.А. Скороход, В.В. Ткачев. Организация хирургического лечения больных с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями в многомиллионном городе. Медицинский журнал, БГМУ, Минск, № 1, 2006. с.60-62..
10. Лившиц В.М. Структурный анализ основных причин повторного вызова специализированных неврологических бригад скорой медицинской помощи к больным с острой цереброваскулярной патологией / В.М. Лившиц, В.А. Горбатовский // Организационные и клинические аспекты работы скорой медицинской помощи: Тез. докл.-СПб., 1999. С. 37-39.
11. Скворцова В.И., Крылов В.В.. Геморрагический инсульт. Москва,2005, 155 с.
12. Случек Н.И. Эффективность оказания помощи на догоспитальном этапе при острых нарушениях мозгового кровообращения в условиях нейрореанимаци-

онной бригады // Организацией, и клинические аспекты работы скорой медицинской помощи: Тез. докл.-СПб., 1999. С. 36-37.

13. Федин А.И. Система неврологической помощи городского здравоохранения Москвы. // Неотложные состояния в неврологии: Труды всероссийского рабочего совещания неврологов России. // Орел 2002, Москва 2002. Фаворь. С.278-283.

14. Фейгин В.Л. Международный конгресс по мозговому инсульту // Журн. невропатол. и психиатр.-1991. № 1. С. 139-140.

15. Kaste M., Fogelholm R., Rissanen A. // Public Health.-1998.-Vol. 112-P. 103-112.

16. Pistallato G. et al., Time of hospital presentation after stroke. A multicepter study in north – east Italy //]. J. Neuro1. Sci.-1996. V. 17, № 6. P. 401-407.