

УДК 616.751-005.1:614

©В.М. Корнацький, І.Л. Ревенько, А.В. Ревенько

Національний науковий центр "Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска" АМН України, м. Київ
Запорізький державний медичний університет

СУЧАСІ АСПЕКТИ НАДАННЯ МЕДИЧНО ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ІНСУЛЬТАМИ

СУЧАСІ АСПЕКТИ НАДАННЯ МЕДИЧНО ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ІНСУЛЬТАМИ – Інсульт є однією з основних медико-соціальних проблем, оскільки посідає друге місце серед причин смертності і перше серед стійко втраченої працездатності в усіх країнах світу та в Україні. У роботі розглянуто організацію надання медичної допомоги хворим з інсультами в областях України та визначено, що ефективною є етапна модель надання допомоги при інсульті, яка включає термінове транспортування хворого в спеціалізоване інсультне відділення, або у разі потреби – в інсультний центр, проведення діагностики та лікування згідно із затвердженими протоколами з наступним переведенням до відділення нейрореабілітації.

СУЧАСНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТАМИ – Инсульт является одной из основных медико-социальных проблем, поскольку занимает второе место среди причин смертности и первое – среди причин стойкой утраты трудоспособности во всех странах мира и в Украине. В работе рассмотрена организация оказания помощи больным с инсультами в областях Украины и установлено, что эффективной является этапная модель оказания помощи при инсульте, которая предусматривает срочную транспортировку больного с инсультом в специализированное инсультное отделение, проведение диагностики и лечения согласно утвержденным протоколам с последующим переводом в отделение нейрореабилитации.

MODERN ASPECTS OF PROVIDING OF MEDICAL CARE IN PATIENTS WITH STROKES – Stroke is one of the basic medical-social problems as it takes the second place among the reasons of death rate and the first – among the reasons of disability worldwide and in Ukraine. In the work it is considered the organisation of rendering assistance in patients with strokes in regions of Ukraine, and it is established that effective is the stage care rendering assistance model at a stroke which provides urgent transportation of the patient with a stroke in a specialised stroke unit, diagnostics and treatment carrying out according to the confirmed reports with the subsequent transfer in neurorehabilitation department.

Ключові слова: цереброваскулярні хвороби, інсульт, надання медичної допомоги хворим з інсультами.

Ключевые слова: цереброваскулярные болезни, инсульт, оказание медицинской помощи больным с инсультами.

Key words: cerebrovascular illnesses, a stroke, rendering of medical aid by the patient with a stroke.

ВСТУП Революційні зміни у діагностиці та лікуванні інсульту в останні десятиріччя суттєво вплинули на стратегію надання допомоги хворим із гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК). Бездіяльність, що виправдовувалась відсутністю ефективного лікування, змінилась на час активних дій, тепер інсульт вважається одним із найважливіших невідкладних станів у неврології [8, 10, 13].

Система надання допомоги хворим з інсультом у різних країнах світу має свої особливості, але загальна концепція організації медичної допомоги базується на рекомендаціях Європейської інсультної організації, Хельсінгборгської декларації, основа яких – створення інсультних відділень (ІВ) [12].

Основним висновком, опублікованого у 2002 р. Кокрейновського мета-аналізу було те, що пози-

тивні показники лікування хворих з ІВ розповсюджуються на всі групи хворих, незалежно від віку, статі, типу інсульту, ступеня тяжкості неврологічних ушкоджень [15]. Дослідження у багатьох країнах світу достовірно підтвердили, що лікування пацієнтів у спеціалізованих відділеннях сприяє зниженню частоти ускладнень, лікарняно та позагоспітально летальності, покращанню функціонального стану хворих, зменшенню інвалідизації [9, 14, 16, 17].

За даними Kaste et al., 23 % витрат на лікування хворих з інсультом припадають на перший рік, однак витрати, які доводяться на гострий період, становлять лише 14 % від загальної вартості лікування з моменту розвитку інсульту та до смерті хворого. Таким чином, якщо адекватна допомога в гострому періоді не надається через недостатнє фінансування, то суспільство має значно суттєвіші збитки у наступні роки лікування хворого [11].

За даними вітчизняних літературних джерел, надзвичайно актуальна проблема цереброваскулярних захворювань в Україні, адже протягом декількох десятиліть смертність від судинно-мозкових порушень займає друге місце у структурі загальної смертності. Широка розповсюдженість, висока смертність та інвалідизація населення внаслідок інсультів ставлять їх діагностику, профілактику та лікування в один ряд з найбільш актуальними медико-соціальними проблемами [1, 3, 5, 6].

На думку авторів, висока захворюваність та смертність внаслідок гостро цереброваскулярної патології в Україні зумовлена недосконалістю системи надання допомоги хворим з інсультом. Поряд з тим, що вирішальне значення у зниженні захворюваності та смертності внаслідок інсульту належить первинній профілактиці, суттєвий ефект дає оптимізація системи надання допомоги хворим із ГПМК, введення стандартів діагностики та лікування хворих з цією патологією, включаючи реабілітаційні заходи та профілактику повторних інсультів [2, 3, 7].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ На етапі дослідження стану цереброваскулярних хвороб в Україні використано матеріали відомчої звітності МОЗ України, обласних інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики ф. № С-8, ф. № 12, ф. № 20.

Для отримання інформації про надання медичної допомоги хворим з інсультами проаналізовано звіти управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій про стан виконання заходів щодо реалізації "Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань" № 761 та звіти позаштатних спеціалістів 22 областей, АР Крим, м. Києва та м. Севастополя згідно із запитом до них щодо організації надання допомоги хворим з інсульта-

ми в областях України, звіти про стан виконання заходів щодо профілактики та лікування цереброваскулярних захворювань у м. Запоріжжі за 2006-2009 рр.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Метою дослідження стало проведення аналізу існуючої системи надання спеціалізованої допомоги хворим із гострою цереброваскулярною патологією у регіонах України.

Для оцінки системи спеціалізованої медичної допомоги хворим із гострими цереброваскулярними порушеннями виділено наступні критерії: кількість нейросудинних ліжок на 10 тис. дорослого населення; наявність інсультних відділень (ІВ) або інсультних центрів у області; рівень госпіталізації пацієнтів з інсультом до спеціалізованих відділень, рівень госпіталізації у межах терапевтичного вікна (3 год), лікарняна летальність у спеціалізованих відділеннях; відсоток хворих з інсультом, яким було проведено КТ (комп'ютерна томографія); проведення хворим з ішемічним інсультом тромболізу; наявність центрів (відділень) реабілітації для пацієнтів, що перенесли інсульт.

Нейросудинні ліжка входять у склад відділень цереброваскулярної патології, де проводять лікування хворих із гострими та хронічними цереброваскулярними порушеннями, та інсультних відділень або центрів, де допомогу надають тільки хворим із ГПМК.

Наявність та кількість інсультних відділень у регіоні є критерієм оцінки якості медичної допомоги у провідних країнах світу. Функціонування такого відділення зумовлює проведення висококваліфікованої діагностики та лікування пацієнтів з інсультом.

Концепція "час-мозок" – одна з найважливіших у тактиці лікування інсульту, тому госпіталізація хворого у межах терапевтичного вікна до профільного стаціонару – важливий показник якості медичної допомоги.

Кількість проведених тромболізисів хворим з ішемічним інсультом в Україні за період 2008 р. незначна, але його виконання потребує спеціалізованої підготовки фахівців, госпіталізацію хворого до стаціонару у межах терапевтичного вікна, проведення КТ в перші години перебування пацієнта в стаціонарі, наявність у лікувальному закладі препаратів для проведення тромболізу, максимального виважений відбір пацієнтів, тому проведення медикаментозно реканалізації при ішемічному інсульті свідчить про високий рівень надання спеціалізованої допомоги.

Аналіз системи надання допомоги при інсульті в областях України за 2008 р. дозволив зробити наступні висновки: медичну допомогу пацієнтам із гострою цереброваскулярною патологією надавали переважно в неврологічних стаціонарах або відділеннях цереброваскулярної патології. Кількість нейросудинних ліжок на 10 тис. дорослого населення коливалась від 0,19 (Одеська область) до 1,94 (Волинська область).

Інсультні відділення, або центри створені в 17 областях країни. Переважна більшість функціо-

нує на базі багатопрофільних лікувальних закладів у обласних центрах; мережу спеціалізованих відділень в районних центрах на момент дослідження було створено в Донецькій та Дніпропетровській областях. Кількість ліжок у ІВ різних регіонів коливалась від 15 до 60. Більшість спеціалізованих відділень забезпечено нейровізуалізаційною апаратурою, але екстрене виконання КТ, або цілодобове функціонування апаратів налагоджено лише в окремих клініках регіонів країни. Відділення реабілітації для хворих, що перенесли інсульт, створено в 16 областях України.

Рівень госпіталізації хворих з інсультом до профільних відділень коливався від 17 % (Одеська область) до 95 % (Донецька область). Госпіталізація у межах терапевтичного вікна – від 4 % (Житомирська, Івано-Франківська, Хмельницька області) до 27 % (Донецька область). Відсоток хворих з інсультом, яким було проведено КТ, був у межах від 30 % (Полтавська область) до 92 % (Волинська область). Лікарняна летальність у спеціалізованих відділеннях коливалась від 2,4 % (Донецька область) до 28 % (м. Севастополь). Тромболізу хворим з ішемічним інсультом у 2008 р. проводили в 12 областях країни.

На період 2008 р. медичну допомогу хворим з інсультами задовільно надавали у Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Тернопільській, Харківській областях. У цих регіонах кількість нейросудинних ліжок на 10 тис. дорослого населення коливалась від 0,74 до 1,94. Наряду з відділеннями цереброваскулярної патології створені інсультні відділення або інсультні центри, забезпечені необхідною нейровізуалізаційною апаратурою та штатом кваліфікованих спеціалістів.

Госпіталізація пацієнтів із ГПМК до профільних стаціонарів становила 43-73 % від загальної кількості усіх хворих з інсультом. Від 63 % до 94 % пацієнтів було госпіталізовано у першу добу з моменту виникнення захворювання. Рівень госпіталізації у межах терапевтичного вікна – від 14 % до 27 %. Лікарняна летальність коливалась від 2,4 % до 12 %. У всіх 6 регіонах створено відділення реабілітації для пацієнтів, що перенесли інсульт.

Серед вищезазначених областей виділяють Донецьку, Волинську, Дніпропетровську та Харківську з найбільш відповідним рівнем організації медичної допомоги, а саме достатньою кількістю ліжок для надання спеціалізованої допомоги, функціонуванням інсультних центрів та міжрайонних або міських інсультних відділень, низькою лікарняною летальністю, високим відсотком госпіталізації пацієнтів до профільних стаціонарів, активним впровадженням передових медичних технологій.

У Житомирській, Запорізькій, Полтавській, Закарпатській, Миколаївській, Львівській, Сумській, Івано-Франківській, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях та м. Києві виявлено недоліки в організації надання допомоги хворим з інсультами. У Полтавській та Чернівецькій областях відсутні ІВ. Не достатньо спеціалізованих ліжок для пацієнтів з інсультом у Житомирській (0,38 на

10 тис. дорослого населення), Полтавській (0,36), Львівській (0,34) областях.

Частково забезпечена можливість проведення КТ у гострому періоді інсульту в профільних відділеннях Миколаївсько, Сумсько, Черкасько та Чернівецько областей. Висока госпітальна летальність у спеціалізованих клініках Миколаївсько (14,5 %), Чернівецько (17 %) та Чернігівсько (16 %) областей.

Тромболізис у 2008 р. не проводили хворим з ішемічним інсультом у Житомирській, Полтавській, Сумській, Черкаській, Чернівецькій та Чернігівській областях.

Відсутні відділення реабілітації для хворих, що перенесли інсульт, у Закарпатській, Полтавській, Львівській, Чернівецькій та Чернігівській областях.

В АР Крим, Кіровоградській, Луганській, Одеській, Рівненській, Хмельницькій областях та м. Севастополі організація надання допомоги хворим з інсультом не задовільна. Недостатньою є кількість нейросудинних ліжок в АР Крим (0,37 на 10 тис. дорослого населення), Одеській (0,19) та Хмельницькій (0,46) областях. У Луганській, Рівненській областях допомогу хворим з інсультом надавали у неврологічних відділеннях. ІВ відсутні у всіх вищезазначених регіонах, окрім Одеської області. Низький рівень госпіталізації пацієнтів із ГПМК до профільних відділень був в АР Крим (35 %), Одеській (17 %), Рівненській (25 %), Хмельницькій (24 %) областях. Високу лікарняну летальність зафіксовано у Кіровоградській (13,6 %), Рівненській (26 %) областях та м. Севастополь (28 %).

Тромболізис хворим з ішемічним інсультом у вищезазначених регіонах протягом 2008 р. не проводили.

Відсутні відділення нейрореабілітації у Луганській, Рівненській областях.

Аналіз системи надання допомоги хворим з інсультами та динаміка епідеміологічних показників цереброваскулярних хвороб в Україні продемонстрували, що функціонування етапно моделі медично допомоги, яка включає транспортування хворого з інсультом швидкою допомогою у спеціалізоване інсультне відділення, де проводять діагностику та лікування згідно з затвердженими протоколами з послідуною реабілітацією пацієнта, привело до зниження або стабілізації смертності внаслідок інсультів в областях, де паралельно з обласними інсультними центрами допомоги хворим надавали в міжрайонних або міських інсультних відділеннях. Наприклад, в 2009 р. порівняно з 2005 р. у Волинській області смертність внаслідок інсультів (всі форми) зменшилась на 15 % (від 90,7 на 100 тис. дорослого населення до 76,5), у Дніпропетровській – на 15 % (від 108,7 до 91,5), Донецькій – на 7 % (від 90,3 на 100 тис. дорослого населення до 83,8).

Оптимальна система надання допомоги хворим з інсультом створена в м. Запоріжжі, де на базі МКЛ № 6 організовано міський ангіоневрологічний центр та впроваджено модель етапності, яку зараз активно використовують у країнах Європи.

Надання медично допомоги складається із наступних етапів:

– профілактичного, що включає догоспітальний етап (поліклінічний міський консультативний кабінет ЦВЗ) та госпітальний (20 спеціалізованих ліжок);

– лікувального, що складається з догоспітальної допомоги бригадами швидко медично допомоги та госпітальної (відділення інсультне на 60 ліжок та нейрореабілітації на 10 ліжок);

– реабілітаційного, який включає відновлювальну терапію у відділенні нейрореабілітації, поліклінічному відділенні реабілітації та реабілітаційне відділення в санаторі;

– диспансерного, основна мета якого – вторинна профілактика інсульту та лікування ЦВХ у невролога місцевої поліклініки [4].

Етапна модель надання медично допомоги при інсульті постійно вдосконалюється. Згідно з Європейськими рекомендаціями щодо ведення хворих з інсультами, було впроваджено скорочення терміну догоспітального періоду до 1-3 год, проведення КТ протягом першої години перебування пацієнта в спеціалізованому відділенні; активне застосування методу медикаментозно реканалізації (тромболізісу) при ішемічному інсульті; ранню реабілітацію хворих, що перенесли інсульт.

Для удосконалення надання медично допомоги на догоспітальному етапі застосовано модель інформаційного забезпечення населення, лікарів швидко медично допомоги та лікарів різних спеціальностей про основні ризики, симптоми інсульту та алгоритм дій при виникненні ГПМК.

У результаті впровадження оптимізації етапно моделі надання допомоги при інсульті в 2009 р. порівняно з 2006 р. збільшилась кількість пацієнтів з інсультом, госпіталізованих до ангіоневрологічного центру на 13 % та було госпіталізовано 81 % від загальної кількості хворих з інсультом. В межах терапевтичного вікна у ІВ у 2009 р. прийнято 55 % хворих з інсультом, у першу годину перебування в стаціонарі КТ проведено 51 % пацієнту, метод тромболізісу застосовано у 10 хворих з ішемічним інсультом, лікарняна летальність знизилась з 23 % до 16 %, скоротилась тривалість перебування хворого в стаціонарі на 20 %. Серед хворих, пролікованих у ранньому реабілітаційному періоді, зріс відсоток пацієнтів з мінімальними наслідками інсульту з 4,9 % до 10,3 %, зменшився відсоток хворих із глибокими неврологічними порушеннями з 15 % до 9,6 %.

Проаналізувавши статистичні показники інсульту в області та м. Запоріжжі, встановлено, що у 2009 році захворюваність на інсульт в області становила 309,9 на 100 тис. дорослого населення, а в м. Запоріжжі – 243,4, смертність – 116,6 на 100 тис. дорослого населення та 66,2 відповідно. Отже, завдяки дієвій системі надання допомоги хворим з інсультами, смертність внаслідок цього в м. Запоріжжі майже в 2 рази нижча, ніж у області та значно нижча від загальнодержавних показників (86,1 на 100 тис. дорослого населення).

ВИСНОВКИ 1. В областях України спеціалізована допомога хворим на інсульт надають переважно у відділеннях цереброваскулярно патології та

загальних неврологічних відділеннях. У 2008 р. інсультні відділення функціонували у 16 областях країни. Відмічається тенденція до централізації спеціалізованої допомоги. Діючі інсультні центри та відділення розташовані в основному у обласних центрах і не охоплюють медичною допомогою усе населення області.

2. Впровадження застосування тромболізу при ішемічному інсульті в областях країни відбувається повільно із-за пізньої госпіталізації хворих до інсультних відділень, відсутності апаратів КТ у профільних відділеннях, або несвоєчасного проведення нейровізуалізації, економічних чинників. У 2008 р. тромболітичну терапію проводили у 12 областях країни. Відділення реабілітації функціонували у 16 областях країни.

4. При аналізі епідеміологічних показників ЦВХ та системи надання медичної допомоги при інсульті встановлено, що зниження рівнів смертності внаслідок інсульту відбулась у регіонах, де впроваджена етапна модель надання допомоги при інсульті, яка включає термінове транспортування хворого в спеціалізоване інсультне відділення, проведення діагностики та лікування згідно із затвердженими протоколами з наступним переведенням до відділення нейрореабілітації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волошин П.В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні / П.В. Волошин, Т.С. Міщенко, Є.В. Лекомцева // Міжнар. неврол. журнал. – 2006. – № 3 (7). – С. 9 -13.
2. Гуляев Д.В. Об организации борьбы с инсультом / Д.В. Гуляев, О.Э. Петренко, М.В. Гуляева // Судинні захворювання головного мозку. – 2006. – № 1. – С. 8 - 22.
3. Демографія і стан здоров'я народу України / [В.М. Коваленко, В.М. Корнацький, Т.С. Манойленко та ін.]. – К., 2010. – 142 с.
4. Козелкин А.А. Современные аспекты этапной помощи больным с мозговыми инсультами // А.А. Козелкин, А.В. Ревенько, С.А. Козелкина [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2006. – № 2 (10). – С. 57 - 60.
5. Міщенко Т.С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / Т.С. Міщенко, Є.В. Лекомцева, І.В. Здесенко // Запороз. мед. журнал. – 2006. – № 5. – С. 69 - 71.
6. Проблема патології нервової системи в Україні та стан вітчизняно-неврологічної служби на межі десятиріччя / М.К. Хобзей, М.О. Зінченко, М.В. Голубчикова, Т.С. Міщенко // Здоров'я України. – 2010. – № 3 (14). – С. 3 - 4.
7. Яворская В.А. Менеджмент в остром периоде инсульта: ключевые элементы эффективности / В.А. Яворская, Ю.В. Фломин, В.В. Хвисько // Практична ангіологія. – 2008. – № 1/1. – С. 24 - 26.
8. Acute neurological stroke care in Europe: results of the European stroke care inventory / M. Brainin, N. Bornstein, G. Boysen, V. Demarin // Eur. J. Neurol. – 2000. – Vol. 7, № 1. – P. 5 - 10.
9. Diez-Tejedor E. Acute care in stroke: do stroke units make the difference? / E. Diez-Tejedor, B. Fuentes // Cerebrovasc. Dis. – 2001. – Vol. 11, Suppl. 1. – P. 31 - 39.
10. Executive Committee of the European stroke initiative. Facilities available in European hospitals treating stroke patients / D. Leys, E.B. Ringelstein, M. Kaste, W. Hacke // Stroke. – 2007. – Vol. 38, № 11. – P. 2985 - 2991.
11. Kaste M. Economic burden of stroke and the evaluation of new therapies / M. Kaste, R. Fogelholm, A. Rissanen // Public Health. – 1998. – Vol. 112, № 2. – P. 103 - 112.
12. Kjellstrom T. Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies / T. Kjellstrom, B. Norving, A. Shatchkute // Cerebrovasc Dis. – 2007. – Vol. 23, № 2 - 3. – P. 231 - 241.
13. Rudd A.G. Health policy and outcome research in stroke / A.G. Rudd, D.B. Matchar // Stroke. – 2004. – Vol. 35, № 2. – P. 397 - 400.
14. Seenan P. Stroke units in their natural habitat: systematic review of observational studies / P. Seenan, M. Long, P. Langhorne // Stroke. – 2007. – Vol. 38. – P. 1886 - 1892.
15. Stroke Unit Trialists' Collaboration: Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. – 2002. – CD000197.
16. Stroke unit versus neurology ward – a before and after study / Y. Krespi, M.E. Gurol, O. Coban [et al.] // J. Neurol. – 2003. – Vol. 250, № 11. – P. 1363 - 1369.
17. The organization of health care for stroke. The stroke units make the difference / P. Barreiro Tella, E. Diez Tejedor, A. Frank Garcia [et al.] // Rev. Neurol. – 2001. – Vol. 32. – P. 101 - 106.

Отримано 05.01.11