

## ПРАВИЛЬНО ОРГАНИЗОВАННАЯ СЛУЖБА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЛУЧШАЕТ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ\*

*М. Касте*

*Неврологическое отделение Центральной университетской больницы Хельсинки, Финляндия*

Несмотря на снижение заболеваемости инсультом и смертности от него в большинстве развитых стран, общая заболеваемость инсультом будет возрастать в связи с изменениями в возрастной структуре населения – его старением. По сравнению с другими заболеваниями, инсульт приводит к значительному снижению качества жизни. В Финляндии 6,1% всех расходов на здравоохранение и медико-социальную помощь приходится на пациентов с инсультом. Увеличение заболеваемости приведёт к огромным человеческим и экономическим потерям в случае, если мы не сможем в ближайшем будущем значительно улучшить профилактику и лечение этого заболевания. В соответствии с этим мы должны организовать систему медицинской помощи пациентам с инсультом так, чтобы она служила интересам как можно большего числа людей. Ответственность за улучшение качества медицинской помощи пациентам с инсультом лежит на всех заинтересованных сторонах, прямо или косвенно вовлечённых в процесс оказания медицинской помощи: пациентах, членах семьи, врачах, медсёстрах, больницах, органах власти и страховых компаниях. В организации правильной, всеохватывающей и мультидисциплинарной медицинской помощи в остром периоде инсульта, а также и в восстановительном периоде необходимо участие центра неотложной помощи, системы распределения пациентов, службы скорой медицинской помощи, палат интенсивной терапии, отделений инсульта, реабилитационных клиник и местной службы здравоохранения. Достижимо ли это?

### **Организация службы помощи пациентам с инсультом**

*Мультидисциплинарная бригада, специализированная на лечении инсульта и реабилитации.*

Инсульт – острое заболевание, которое требует быстрой организованной диагностики состояния пациента с участием специалистов различных областей. Больницы, оказывающие помощь па-

циентам с инсультом, должны иметь адекватные возможности нейровизуализации (КТ или МРТ) и достаточное количество необходимых специалистов. В организации правильной, всеохватывающей и мультидисциплинарной медицинской помощи в остром периоде инсульта и в дальнейшем восстановительном периоде необходимо участие скорой медицинской помощи, системы распределения пациентов, реанимационных залов, палат интенсивной терапии, отделений инсульта, реабилитационных клиник и местной службы здравоохранения. Сила этой цепочки определяется силой её самого слабого звена. Все звенья этой цепи должны быть неразрывно связаны между собой и работать без сбоев.

### **Скорая медицинская помощь**

Во всей цепи оказания медицинской помощи пациентам с инсультом система скорой медицинской помощи играет самую важную роль. Оператор в центре приёма телефонных звонков регистрирует пациента с подозрением на инсульт и отправляет специализированную машину скорой помощи, оснащённую необходимым оборудованием и имеющую в своём составе специалиста для оказания неотложной помощи при инсульте. Персонал скорой помощи диагностирует инсульт, поддерживает жизненные функции больного и перевозит его в ближайшую больницу, где есть всё необходимое для его лечения. Если пациент подходит для тромболитика, то он должен быть отправлен в ближайший госпиталь, который имеет в своём составе блок интенсивной терапии или отделение инсульта, в котором возможно проведение тромболитика. Скорая помощь предупреждает персонал блока интенсивной терапии или отделения инсульта о поступлении пациента. Это помогает ускорить диагностические мероприятия.

### **Блок интенсивной терапии**

Сразу после поступления пациента проводится клинический осмотр для установления диагноза. Ведение пациентов в остром периоде инсульта имеет несколько направлений: стабилизацию

*\*Из материалов II Российского Международного Конгресса "Цереброваскулярная патология и инсульт" 17–20 октября 2007 года г. Санкт-Петербург. Статья предоставлена представительством компании "Берингер Ингельхайм Фарма" в Украине*

жизненно-важных функций, диагностику, лечение угрожающих жизни состояний, сопутствующих заболеваний и нарушений физиологических функций. На ранней стадии должны распознаваться симптомы и признаки, позволяющие заподозрить развитие таких осложнений, как отёк или геморрагическая трансформация, сопутствующий острый инфаркт миокарда, аспирационная пневмония и острое нарушение функции печени или почек. Всем пациентам с подозрением на инсульт должны проводиться КТ или МРТ головного мозга для дифференциальной диагностики между ишемическим инсультом, спонтанным внутримозговым кровоизлиянием, субарахноидальным кровоизлиянием и другими заболеваниями со сходными симптомами. Ранняя диагностика подтипа инсульта необходима для оценки риска развития повторного инсульта.

### Тромболизис

Тромболизис с использованием рекомбинантного активатора плазминогена (rt-PA, альтеплаза) является самым эффективным методом лечения ишемического инсульта в течение трёхчасового «терапевтического окна». Данный вид терапии может быть назначен только после того, как врач, специализирующийся на проведении тромболизиса и разбирающийся в МР- и КТ-снимках, поставит диагноз и установит соответствие пациента критериям включения/исключения. При правильном подходе к выбору пациентов тромболизис при инсульте зачастую является более эффективным методом, нежели тромболизис при остром инфаркте миокарда.

В рекомендациях по безопасному тромболизису при ишемическом инсульте (SITS-MOST), разработанных органами здравоохранения Европейского Сообщества, определены условия, необходимые для введения альтеплазы для лечения ишемического инсульта. Рекомендации подтверждают, что альтеплаза также безопасна, как и в плацебо-контролируемом испытании, и столь же эффективна при использовании в течение первых трёх часов с момента развития симптомов заболевания, в т. ч. в центрах, не имеющих большого опыта в применении тромболизиса при ишемическом инсульте.

Мы начали проводить тромболизис раньше, чем органы здравоохранения Европейского Союза одобрили его для лечения ишемического инсульта, и результаты говорят сами за себя. Регистр SITS-MOST показывает, что наши неврологические палаты неотложной помощи ежегодно проводят больше процедур тромболизиса, чем любая другая клиника в Европе, в т. ч. в наиболее раннем периоде инсульта. Результаты функционального восстановления наших пациентов впечатляют: итоговый балл по модифицированной шкале Рэнкина к концу третьего месяца составляет 0–2 у 2 из каждых 3 пациентов, пролеченных в течение первых 90 минут, у 3 из каждых 4 пациен-

тов, пролеченных в течение 80 минут, для 4 из 5, получивших тромболитическую терапию в течение 70 минут и почти у всех пациентов, которым тромболизис проводился в течение первых 60 минут с момента развития симптомов инсульта.

Наше неврологическое отделение в Центральной университетской больнице Хельсинки совместно с Финским неврологическим обществом организует образовательные курсы по проведению тромболитической терапии. Согласно данным регистра SITS-MOST, доля пациентов с инсультом в Финляндии, получающих тромболитическую терапию на миллион населения, – самая высокая в Европе. Этот пример показывает возможность создания общенациональной системы для проведения тромболизиса.

### Инсультное отделение

Терапия в специальном отделении инсульта позволяет снизить смертность как в остром, так и в отдалённом периоде, уменьшить степень функциональной зависимости и потребность в долговременной медико-социальной помощи. Медицинская помощь в остром периоде инсульта оказывается специальной мультидисциплинарной бригадой. Особое внимание уделяется неврологическому статусу пациента, риску аспирации, коррекции уровня артериального давления, контролю уровня глюкозы в крови, оксигенации и вентиляции, температуре тела, профилактике тромбоэмболий, тромбоза глубоких вен, оценке глотания, профилактике и неотложному лечению лёгочных и почечных инфекций, ранней мобилизации, индивидуальной реабилитации и вторичной профилактике.

У пациентов, получающих медицинскую помощь в специализированных отделениях инсульта, меньше уровень смертности, меньше продолжительность госпитализации и выше вероятность вернуться к полноценной жизни в домашних условиях по сравнению с пациентами, лечившимися в общетерапевтических отделениях. Ранняя реабилитация, начавшаяся в отделении инсульта, должна продолжаться, если потребуется, в специальном реабилитационном центре или амбулаторной реабилитационной клинике или с помощью мобильной реабилитационной бригады. После острой стадии инсульта непрерывность медицинской помощи должна сохраняться в условиях местных служб здравоохранения, на которых лежит ответственность за дальнейшую реабилитацию и вторичную профилактику.

Местные службы здравоохранения должны организовать наблюдение за пациентом для обеспечения вторичной профилактики, ранней диагностики ухудшения состояния и организации реабилитации в амбулаторных или, при необходимости, в больничных условиях для предотвращения дальнейшего ухудшения состояния и уменьшения потребности в долгосрочной стационарной

помощи. Результаты, достигнутые отделениями инсульта, не ограничиваются только временем пребывания пациента в стационаре. Разница между состоянием пациентов, получавших лечение в отделениях инсульта, и теми, кто лечился на базе отделения общей терапии, сохраняется и спустя 5 и 10 лет после перенесённого инсульта. Хельсингборгская декларация предлагает обеспечить доступность квалифицированной медицинской помощи для всех пациентов с инсультом.

Мы провели рандомизированное исследование в рамках сотрудничества отделений инсульта, которое показало, что пациент с инсультом, получивший лечение в нашем отделении, где в процессе лечения участвует мультидисциплинарная бригада, в среднем выписывается на 16 дней раньше по сравнению с теми, кто лечился в общетерапевтическом отделении. Число вернувшихся после выписки к полноценной жизни в домашних условиях увеличилось на 13 (в расчёте на каждую сотню пролеченных пациентов), а результаты последующего визита (через год) показали, что число пациентов, полностью самостоятельных в повседневной жизни, выросло на 17 человек (в расчёте на каждую сотню пролеченных пациентов). Эти результаты показали преимущество нашего подхода и убедили официальное руководство Хельсинки, что хорошо организованная служба помощи пациентам с инсультом позволяет оптимизировать расходы на оказание медицинской помощи, и в настоящее время наше отделение отвечает за всех пациентов с острым инсультом в городе Хельсинки.

#### Уровень помощи при инсульте

В обзоре, проведённом в рамках Европейской инициативы по борьбе с инсультом (EUSI), европейские эксперты пришли к консенсусу о тех компонентах, которые являются абсолютно необходимыми для первичного и специализированного центров по лечению инсульта. Объём минимальных требований к больничной палате, в которой осуществляется лечение пациентов с инсультом, несколько ниже.

Все компоненты (реанимационный персонал, круглосуточная доступность КТ в течение недели с внеочередным обслуживанием пациентов с инсультом, внутреннее реанимационное отделение, сотрудничество с реабилитационным центром, специально проработанная система приёма пациентов с инсультом, программа профилактики) расценены как необходимые условия для каждой больничной палаты, принимающей пациентов с инсультом. Компонентами для специализированного центра по лечению инсульта стали: наличие мультидисциплинарной бригады, медсестёр, прошедших специальное обучение по ведению пациентов с инсультом, доступность КТ в течение 24 часов в сутки в течение недели с внеочередным обслуживанием пациентов с инсультом, наличие

экстракраниального ультразвукового исследования сосудов, системы автоматического ЭКГ мониторинга, возможность проведения rt-PA тромболитика в течение 24 часов в сутки в течение недели и внутреннее отделение реанимации.

Кроме того, для специализированного центра по лечению инсульта существуют 11 дополнительных необходимых компонентов (в области сосудистой хирургии, нейрохирургии, интервенционной радиологии и клинических исследований). Наша система медицинской помощи в Хельсинки удовлетворяет всем этим критериям. Следующим шагом в обзоре EUSI была оценка 886 случайно выбранных европейских клиник, принимающих пациентов с инсультом. Оказалось, что оптимальную медицинскую помощь получают менее 10% всех пациентов, а 40% лечатся в маленьких больницах, где отсутствует даже минимально необходимый уровень помощи. Это исследование показало, что в Финляндии, Люксембурге, Нидерландах и Швеции наиболее высока вероятность того, что больной с инсультом получит современную медицинскую помощь.

#### Государственные рекомендации

Первые государственные рекомендации по оказанию помощи пациентам с инсультом в Финляндии были опубликованы в 1979 г. Второе издание, вышедшее 10 годами позже, в 1989 г., включало требование, чтобы все пациенты с инсультом получали неотложную неврологическую помощь в ближайшем крупном госпитале. Третье издание национальных руководств вышло в 2000 г. Эффективность подобного, хорошо организованного подхода подтверждена официальной статистикой Финляндии. Данные обо всех пациентах с инсультом в Финляндии в течение последних 5 лет, а это порядка 100 тыс. пациентов, демонстрируют, что хорошо организованная система помощи в сочетании с реабилитацией и вторичной профилактикой значительно уменьшает риск развития повторного инсульта, острого инфаркта миокарда и потребность в постоянной медицинской помощи в рамках специализированного учреждения, а также что значительно большее число пациентов способны продолжать жить в домашних условиях. Сейчас кажется уже очевидным, что подобные государственные рекомендации улучшают качество медицинской помощи и способствуют оптимизации затрат на неё.

Инсульт бросает нам вызов, и нам необходимо бороться. Применение доказательных методов и средств на местном и общегосударственном уровне, развитие результативной службы помощи пациентам с инсультом – всё это в конечном итоге позволит улучшить качество медицинской помощи. Опыт Хельсинки и Финляндии в целом доказывает, что это можно сделать. Её усовершенствование возможно, правда, оно требует нескольких лет кропотливой работы.