

А.И. Зозуля

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, Киев  
Государственное учреждение «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», Киев

## Пути реорганизации оказания медицинской помощи при цереброваскулярных заболеваниях

В работе приведены данные научного исследования на тему медико-социологического обоснования качественной новой системы специализированной помощи больным с сосудистой патологией головного мозга.

**Ключевые слова:** сосудистая патология головного мозга, цереброваскулярные заболевания, реформа здравоохранения.

### Введение

Сосудистые заболевания головного мозга являются важной медико-социальной проблемой. Заболеваемость и распространенность цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) в Украине неуклонно растут (Центр медичної статистики МОЗ України та ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2009). Ежегодно только в Киеве регистрируют более 7000 инсультов. Несмотря на многочисленные работы зарубежных и отечественных ученых, многие вопросы диагностики, лечения и профилактики сосудистых заболеваний головного мозга, особенно инсульта, по сей день не решены. В первую очередь это актуально для организационно-методических разработок на государственном уровне в соответствии с сегодняшними условиями реформирования здравоохранения (Мищенко Т.С. (ред.), 2010; Зозуля Ю.П., Мищенко Т.С., 2011).

Это касается организации сосудистых центров, использования современных технологий обследования и лечения больных с инсультом, создания условий ранней реабилитации (Исполнительный комитет Европейской инсультной организации (ESO), 2008).

Большое значение имеет информированность населения об инсульте и способах его профилактики, об оказании помощи при инсульте на догоспитальном и раннем госпитальном этапах.

Цель работы — научно обосновать и разработать комплексную систему медицинской помощи пациентам с ЦВЗ на уровне мегаполиса.

### Объект и методы исследования

В работе использованы современные методы научного исследования: системный анализ, библиосемантический, социологический, статистический, экспертных оценок, клинический, описательного моделирования, которые соответствуют цели и задачам исследования.

Основные научные положения базируются на массивных группах исследований (с участием медицинских работников, пациентов; исследований оказания медицинской

помощи в первичном, вторичном звеньях, специализированной помощи; анализа эффективности диагностики и лечения).

### Результаты и их обсуждение

Установлено, что заболеваемость сердечно-сосудистыми и ЦВЗ в городе Киеве за 2005–2011 гг. возросла на 5,3% и в 2011 г. составляла 1,19%. Зарегистрирована постоянная тенденция к росту этого показателя, за исключением 2009 г., когда в структуре общей заболеваемости доля ЦВЗ составляла 1,06%. В возрастной структуре среди пациентов с ЦВЗ преобладают лица старше работоспособного возраста, при этом отмечено увеличение их доли среди всех пациентов с ЦВЗ на 2,44% за 2005–2011 гг. (60,15 и 62,59% соответственно). Доля лиц работоспособного возраста за период исследования уменьшилась соответственно на 2,44% и в 2011 г. составила 37,41%.

Распространенность ЦВЗ среди взрослого населения города Киева за 2005–2011 гг. повысилась на 9,9% (в 1,1 раза) и в 2011 г. составила 6591,6 на 100 тыс. населения. Отмечена тенденция к росту доли ЦВЗ в структуре распространенности болезней среди взрослого населения (на 4,77% к 2011 г.). Среди пациентов с ЦВЗ преобладают лица старше работоспособного возраста — их в 3,0 раза больше, чем пациентов работоспособного возраста (75,1 и 24,9% соответственно). В то же время зарегистрировано снижение заболеваемости церебральным инсультом среди взрослого населения за период исследования в 1,16 раза (в 2011 г. — 208,0 на 100 тыс. населения). При этом наиболее высокая заболеваемость отмечена в 2008 г. — 269,1 на 100 тыс. населения. Установлено, что доля церебрального инсульта в структуре общей заболеваемости взрослого населения имела в 2005–2011 гг. тенденцию к уменьшению (в 1,14 раза) с достижением к 2011 г. показателя 0,27%. Доля всех форм мозгового инсульта в структуре распространенности болезней среди взрослого населения за период исследования сократилась в 2,0 раза и в 2011 г.

составила 4,34%, что сопоставимо с распространенностью ЦВЗ (4,77%) и меньше аналогичного показателя для гипертонической болезни (ГБ) (6,12%).

Нами установлена тенденция к снижению заболеваемости взрослого населения ГБ. Так, за исследуемый период этот показатель снизился в 1,2 раза и в 2011 г. составил 2360,5 на 100 тыс. населения. В то же время доля мужчин среди заболевших ГБ увеличилась: в 2005 г. соотношение женщин и мужчин составляло 1:0,63, а в 2011 г. — 1:0,66. Доля заболевших ГБ лиц работоспособного возраста в 1,2 раза больше, чем лиц старшего возраста.

При этом отмечен ежегодный рост распространенности ГБ среди взрослого населения с 2005 по 2010 г. с наивысшим уровнем в 2010 г. (32669,2 на 100 тыс. населения). В целом за период исследования (2005–2011 гг.) распространенность ГБ возросла в 1,03 раза (до уровня 32540,6 на 100 тыс. населения в 2011 г.). В гендерной структуре ГБ доля женщин превышала долю мужчин в 1,65 раза и составила 62,3%.

Первичная инвалидизация вследствие ЦВЗ среди взрослого населения снизилась в 1,6 раза и в 2011 г. составила 6,6 на 10 тыс. населения.

Смертность от ГБ снизилась с 0,68 до 0,43 на 100 тыс. населения (в 1,6 раза), а от ЦВЗ — со 167,4 до 136,1 на 100 тыс. населения (в 1,2 раза). Смертность от всех форм инсульта снизилась со 125,6 до 98,6 на 100 тыс. населения (в 1,3 раза).

По данным социологического исследования, на отношение респондентов к своему здоровью как к наибольшей ценности указали 34,9% опрошенных, при этом свое здоровье оценили как «хорошее» 18,5%; «удовлетворительное» — 46,4%; «неудовлетворительное» — 35,1% респондентов. При этом 35,5% респондентов указали на наличие у них ГБ, 25,2% — ишемической болезни сердца, 23,8% — ЦВЗ.

Определено, что 40% респондентов испытывают постоянное психоэмоциональное напряжение, из них 49,4% — на работе, 50,3% — дома; 11,7% опрошенных оценивают микроклимат дома и 11,1% — на работе как неблагоприятный.

11,4% респондентов оценили условия работы, как не влияющие на состояние здоровья, 79,9% — как негативно влияющие, а 16,9% респондентов сообщили не просто о плохих условиях работы, а об угрожающих здоровью.

Кроме того, многие респонденты указали на наличие у них вредных привычек, способствующих развитию ЦВЗ. Так, 31,3% лиц курят, 41,0% — употребляют регулярно алкогольные напитки, 35,7% — переедают, 28,7% — злоупотребляют солью, 79,9% — имеют избыточную массу тела.

В ходе исследования установлено, что на первичном уровне оказания медицинской помощи на диспансерном учете состояли только 43,0% взрослого населения, еще 8,3% — находились под наблюдением врача общей практики — семейной медицины.

В городе Киеве за период исследования открыто 47 пунктов первичной медицинской помощи. Однако в службе скорой медицинской помощи (СМП) уменьшилось количество работающих врачей и фельдшеров. Уменьшилось число вызовов СМП в городе Киеве в 1,91 раза до уровня 86,6 на 1000 взрослого населения в 2011 г., равно как и число вызовов СМП по случаю ЦВЗ. При этом вызовов СМП по случаю инсульта стало больше в 1,29 (40,0 на 1000 населения), что свидетельствует о снижении эффективности оказания лечебно-профилактической работы таким больным.

Кроме того, только 46,8% случаев вызовов СМП осуществляется в рамках «терапевтического окна». В срок <6 ч до начала острого периода нарушения мозгового кровообращения СМП была вызвана в 36,4% случаев, >6 ч — в 16,8%, >24 ч — в 1,7% случаев. При этом смертность до приезда СМП снизилась в 1,78 раза, а смертность в присутствии бригад СМП — в 1,17 раза.

Результаты исследования указывают на недостаточный уровень организационно-методической работы по оказанию амбулаторно-консультативной помощи пациентам с ЦВЗ, низкий уровень специализированной помощи. Так, уровень соответствия клиническим протоколам при ЦВЗ составляет 23,9%, а при ГБ — 25,7%.

Все еще достаточно большая доля пациентов с ЦВЗ, в том числе с инсультом, проходят лечение в терапевтических отделениях — 0,03 на 100 человек взрослого населения. Вместе с тем число больных, получивших курс лечения в неврологических отделениях, увеличилось с 2005 г. в 1,1 раза и составило в 2011 г. 2437 человек, уровень госпитализации составил 0,91 на 100 человек взрослого населения. Высокой остается госпитальная летальность от ЦВЗ в городе Киеве. Этот показатель колеблется от 5,7% в 2005 г. до 6,57% — в 2008 г. В целом за период исследования госпитальная летальность пациентов с ЦВЗ в неврологических отделениях повысилась в 1,03 раза и составила 5,93% (среднеукраинский показатель — 5,49). Установлено, что в 81,25% случаев медицинскую помощь пациентам с ЦВЗ оказывают в неврологических отделениях, в специальных палатах интенсивной терапии, а в 18,75% — в общих

реанимационных отделениях. При этом зачастую нет возможности проводить дополнительное обследование пациентов с целью верификации диагноза. Полученные в процессе исследования данные указывают на достоверно более высокий уровень соответствия клиническим протоколам охвата и сроков обследования пациентов с ЦВЗ в нейрохирургических и неврологических отделениях — 62,75% против 15,5% соответственно.

Установлено, что при ЦВЗ медицинская помощь более качественно оказывают в нейрохирургических отделениях по сравнению с неврологическими: уровень использования стандарта медицинской помощи составил соответственно 38,4 и 11,7% (3,28 раза), а их невыполнение отмечено в 12,0 и 50,4% случаев соответственно (4,2 раза).

Отмечено отсутствие специализированных отделений для проведения восстановительного лечения пациентов, которые перенесли острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), что препятствует организации эффективной реабилитации таких больных.

В ходе исследования установлено, что доступность современных методов функционального (инструментального) и лабораторного обследования при выявлении ЦВЗ на первичном уровне составляет 19,9±1,9%; возможность применения современных методов медикаментозного лечения в амбулаторных условиях — 65,3±2,3%; обеспечение средствами для оказания неотложной медицинской помощи при ОНМК — 10,5±1,5%. При этом респонденты-врачи отмечают отсутствие времени для индивидуальной работы в плане коррекции способа жизни пациентов, индивидуальной работы с пациентами по искоренению факторов риска развития ЦВЗ, работы на уровне семьи по обучению методам восстановительного лечения лиц, перенесших ОНМК.

Круглосуточное обследование с помощью компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой доплерографии головного мозга и лабораторного биохимического экспресс-анализа доступно в 66,3±3,6% больниц. Операционные для хирургического лечения при геморрагическом инсульте всегда готовы в нейрохирургических отделениях, а лекарственные препараты для проведения неотложных мероприятий имеют 77,1±3,2% отделений, куда поступают пациенты с острыми состояниями. Результаты исследования свидетельствуют, что наибольшее количество (48,6±3,8%) больных поступает в стационары в состоянии средней тяжести, 24,0±3,2% — в тяжелом состоянии, 6,9±1,9% — в критическом, а 20,6±3,1% — в легком. В целом все еще недостаточно пациентов успевают доставить в лечебное учреждение в период «терапевтического окна». Тем не менее, в нейрохирургических отделениях 44% больных бригады СМП доставляет в период 0–3 ч от появления признаков ОНМК, 15% — в промежуток 3–6 ч, 9% — 6–12 ч, 12% — 12–24 ч, 20% — >24 ч.

Обследовано на протяжении 2 ч пребывания в стационаре с установлением диагноза 34% пациентов, в период 2–6 ч — 24,0%, 6–12 ч — 20%, 12–24 ч — 14,0%, >24 ч — 8,0% пациентов.

Наши исследования показывают, что за период 2005–2012 гг. изменилась структура хирургического лечения пациентов с ОНМК.

Уменьшилась часть рутинных хирургических вмешательств и увеличилась часть использования современных хирургических методов лечения. Так, доля удаления инсульт-гематом уменьшилась в 2,4 раза и в 2011 г. составила 18,3%; клипирования аневризм сосудов — уменьшилась в 1,99 раза (34,1%); вентрикуло-люмбальных дренирований — сократилась до 13,0%.

Вместе с тем за период наших исследований доля операций по стентированию сонных и венечных артерий увеличилась в 2,73 раза и составила 10,1%; тромблизиса — увеличилась в 1,2 раза (до 3,0%). Доля применения фармакологической ангиопластики увеличилась в 9,15 раза и составила в 2011 г. 18,3%.

Следует отметить широкий арсенал применения таких групп препаратов, как антиагреганты, при некардиоэмболическом ишемическом инсульте (98,0% случаев), гипотензивные препараты при артериальной гипертензии (артериальное давление >200/120 мм рт. ст.) (95,7%), нейропротекторные препараты (96,3%). Вместе с тем недостаточно широко применяли такие группы препаратов, как антикоагулянты при кардиоэмболическом инсульте (87,0%), противодиабетические препараты при выявлении сахарного диабета (86,1%), и только половина пациентов принимали препараты, понижающие уровень холестерина, при гиперхолестеринемии (54,3%).

Результатом вышеуказанных изменений стало снижение летальности как непосредственно в отделении нейрохирургии (в 1,8 раза до уровня 0,5%), так и совместно с реанимационным отделением (в 1,7 раза до уровня 5,6%).

С целью изучения эффективности применения методов хирургического лечения пациенты были распределены на 2 основные и 2 контрольные группы.

Основная группа 1 (n=238) — пациенты, подвергшиеся микрохирургическим и эндоскопическим (эндоскопическое тромбирование артериальных аневризм артериовенозных мальформаций головного мозга с использованием баллонной ассистенции и стентов, транскраниальное клипирование) вмешательствам. Участники основной группы 2 (n=37) получали лечение методом тромблизиса.

В контрольную группу 1 (n=429) вошли пациенты, при лечении которых применяли классические хирургические методы: удаление инсульт-гематомы, вентрикулярное и люмбальное дренирование, тромбэктомия, трахеостомия, эндартерэктомия, декомпрессивная трепанация. Больные контрольной группы 2 (n=366) получали стандартную консервативную терапию.

В качестве индикатора при оценке результатов лечения у пациентов разных

групп нами использована общая и послеоперационная летальность.

У пациентов основной группы 1 послеоперационная и общая летальность составила 9,1%; среди пациентов основной группы 2 летальных случаев не зарегистрировано. В то же время среди участников контрольной группы 1 послеоперационная летальность составила 32,5%, а общая — 58,4%.

Посуточная летальность была зарегистрирована только у пациентов контрольных групп 1 и 2 на уровне 2,6 и 6,5% соответственно.

При сравнении показателей граничные уровни послеоперационной летальности различались в 3,57 раза ( $p < 0,001$ ) в пользу основных групп, а общей летальности — в 6,42 раза ( $p < 0,01$ ) также в пользу основных групп.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о достоверно большей эффективности методов лечения, которые использовались у пациентов основных групп (современные методы оперативного лечения и тромболитическая терапия).

Основными осложнениями инсульта были пневмония (18%), острая почечная недостаточность (15%), инфаркт миокарда (25%), отек легких (16,5%), отек мозга (44,8%), геморрагическая трансформация ишемического инсульта (3,2%).

Летальный исход зафиксирован в течение 1 сут у 20,5% пациентов, в период 1–3 сут — у 30,7%; 4–8 сут — 31,5%; 9–12 сут — 9,5%; 13–18 сут — 4,0%; 19–21 сут — 3,2%; >21 сут — у 0,8% больных.

С целью улучшения неврологической и нейрохирургической помощи пациентам с церебральным инсультом в городе Киеве нами на основании комплексного медико-социологического исследования разработана концептуальная модель образования качественно новой комплексной системы медицинской помощи при ЦВЗ. Составляющими этой концептуальной модели являются первичная и вторичная профилактика сосудистой патологии головного мозга; своевременная диагностика заболеваний; эффективная первичная и неотложная помощь; своевременное и эффективное комплексное стационарное лечение; своевременное и эффективное восстановительное лечение.

## Выводы

Разработаны стратегические задачи по обеспечению лиц с ЦВЗ качественной медицинской помощью:

- профилактика заболеваний путем формирования у населения ответственного отношения к своему здоровью и обеспечения здорового способа жизни с минимализацией и устранением факторов, которые обеспечивают развитие ЦВЗ;
- выявление лиц (семей) групп риска развития ЦВЗ и проведение с ними индивидуальной (семейной) работы по изменению способа жизни;
- раннее выявление лиц с поражением сосудов головного мозга и обеспечение их оздоровления, а также устранение факторов, способствующих данному процессу;

- диспансерный надзор за лицами, которые страдают заболеваниями, вызывающими поражение сосудов головного мозга, с лечением, оздоровлением и формированием оптимального способа жизни у этих лиц.

При наличии ЦВЗ необходимо проведение комплекса мероприятий:

- для лиц с ЦВЗ: диспансерный надзор в соответствии с разработанными программами и мероприятиями, направленными на вторичную профилактику с предупреждением развития осложнений и обучение тактике действий при их появлении;
- для лиц с ГБ: диспансерный надзор в соответствии с разработанными программами и мероприятиями, направленными на вторичную профилактику с предупреждением развития церебрального инсульта и обучение тактике поведения при их развитии;
- при развитии церебрального инсульта: своевременный вызов бригад экстренной медицинской помощи с оказанием соответствующей состоянию медицинской помощи на догоспитальном и раннем госпитальном этапе;
- проведение восстановительного лечения на всех этапах оказания медицинской помощи и медико-социальной реабилитации в постстационарный период;
- для членов семей, в которых живут пациенты после перенесенного ОНМК: ознакомление с основами вторичной профилактики и лечебного режима (коррекция способа жизни), обучение тактике поведения при развитии осложнений.

Разработана модель практического обеспечения стратегических задач, которая отражает уровни оказания медицинской помощи и ее этапы, а также необходимые ресурсы в рамках межсекторальной и межотраслевой взаимобусловленности в реализации поставленных задач.

Инновационным в предложенной системе является:

1. Структурное переустройство системы с функциональной оптимизацией первичной медико-санитарной помощи, экстренной медицинской помощи, системы подготовки медицинских кадров и внедрение качественно новых элементов, таких как нейрососудистые центры, специализированные отделения восстановительного лечения, волонтеры, комплексные бригады медицинских и социальных работников, реестр пациентов. Интеграция вышеуказанных моментов с ранее существующими и функционально усовершенствованными придает предложенной системе новые качества для осуществления главной задачи — улучшения медицинской помощи лицам с ЦВЗ.

2. Внедрение современных подходов к управлению системой организации комплексной медицинской помощи при сосудистой патологии головного мозга.

3. Внедрение системы контроля качества ISO-2008.

4. Разработка локальных клинических протоколов для обозначенной медицинской территории.

5. Оптимизация кадровой политики с переходом в определении функций медицинского персонала на позиции компетентного подхода и персонализированной оценки их деятельности.

Положительная оценка предложенной системы экспертами (96,0%), медицинская, социальная и экономическая эффективность внедрения отдельных ее элементов и соответствие международным подходам дает возможность рекомендовать ее для внедрения в систему общегосударственной охраны здоровья.

## Список использованной литературы

- Зозуля Ю.П., Мищенко Т.С.** (2011) Проблеми судинно-церебральної патології та шляхи їх вирішення. Журнал НАМН України, 1(17): 19–25.
- Исполнительный комитет Европейской инсультной организации (ESO)** (2008) Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками ([http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08\\_Guidelines\\_Russian.pdf](http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Russian.pdf)).
- Мищенко Т.С.** (ред.) (2010) Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний. Киев, 270 с.
- Центр медичної статистики МОЗ України та ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»** (2009) Стан здоров'я та неврологічної допомоги населенню України. 2009–2010 рр. Довідник. Харків, 204 с.

## Шляхи реорганізації надання медичної допомоги при цереброваскулярних захворюваннях

**A.I. Zozulya**

**Резюме.** У роботі наведено дані наукового дослідження на тему медико-соціологічного обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим із судинною патологією головного мозку.

**Ключові слова:** судинна патологія головного мозку, цереброваскулярні захворювання, реформа охорони здоров'я.

## The ways to restructure health care in cerebrovascular diseases

**A.I. Zozulya**

**Summary.** The paper reports the findings of scientific research dedicated to the medical-sociological basis of a qualitatively new system of specialized care to patients with cerebrovascular diseases.

**Key words:** vascular pathology of brain, cerebrovascular diseases, health care reform.

## Адрес для переписки:

Зозуля Андрей Иванович  
04112, Киев, Дорогожицкая, 9  
НМАПО имени П.Л. Шуплика,  
кафедра медицины неотложных состояний

Получено 20.08.2013