

Методы исследования: клиничко-неврологический, нейропсихологический, компьютерная томография (КТ) головного мозга, ультразвуковая доплерография, биохимический.

Обследовано 138 больных с неклапанной формой ФП в возрасте от 55 до 75 лет. Группу сравнения составили 50 больных соответствующего возраста без ФП и других нарушений сердечного ритма. На основании проведенных клиничко-неврологических исследований нами было установлено наличие хронической прогрессирующей недостаточности мозгового кровообращения у 98 % больных с ФП. Характерной особенностью клиничко-неврологического течения дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) у больных с ФП является прогрессивное течение с быстрым формированием когнитивного дефицита и наличием частых пароксизмальных состояний в виде синкопальных (у 31,8 % больных), вестибулярных кризов и пароксизмов (у 23,9 % больных), вегетовисцеральных пароксизмов (у 19,5 % больных), эпилептиформных (у 18,6 % больных), синдрома Морганьи — Адамса — Стокса (у 6,5 % больных). Характерной особенностью когнитивного дефицита у больных с ФП является более быстрый темп его формирования. В структуре эмоциональных нарушений наряду с чертами ипохондризации, астенизации, тревожности, раздражительности, четко выявлены кардиофобические проявления (страх остановки сердца, наступления приступа и его исхода).

Нами показано, что особенностью структурных изменений головного мозга (по данным КТ) у больных с ФП являются лакунарные инфаркты (у 54,8 % больных), часто «немые», которые локализируются преимущественно в базальных ганглиях, подкорковом белом веществе, а также явления «лейкоареозиса» (у 29,4 % больных). Также у этих больных отмечаются нарушения церебральной гемодинамики в виде гипоперфузии мозга (у 95 % больных), асимметрии кровотока (у 85,5 % больных) и стенозирующих процессов магистральных артерий головы (у 76 % больных). Проведенные биохимические исследования показали, что у больных с ФП достоверно повышается активность тромбоцитарного звена гемостаза — повышается индекс агрегации тромбоцитов ($66,1 \pm 8,7 \%$), выявлена повышенная активность тромбоксансинтезирующей системы тромбоцитов ($10,72 \pm 0,81$ мкмоль/л), а также повышается концентрация эндоперекисных соединений в крови ($8,57 \pm 0,77$ мкмоль/мин. мг белка). Проведенные исследования позволили выявить основные патогенетические механизмы развития ДЭ у больных с неклапанной формой ФП. Большую роль в развитии и прогрессировании ДЭ у больных с ФП играет гипоперфузия мозга, одной из основных причин которой является нарушение общей гемодинамики. Важную роль играет наличие стенозирующих процессов магистральных артерий головы и шеи, приводящих к снижению линейной скорости кровотока, а с другой стороны, наличие атеросклеротических бляшек, которые могут быть источником атеротромбоэмболии. Также одним из механизмов развития ДЭ является поражение интрацеребральных артерий за счет артериальной гипертензии, которая наблюдается у большинства больных с ФП. Важную роль также играет нарушение активности тромбоцитарного звена гемостаза в виде повышения индекса агрегации тромбоцитов, активности тромбоксансинтезирующей системы тромбоцитов и концентрации эндоперекисных соединений в крови

УДК 616.714+616.831

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Л. А. Дзяк, А. Г. Сирко, В. М. Сук

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: тяжелая черепно-мозговая травма, медицинская помощь, индикаторы качества

Увеличение количества черепно-мозговых травм (ЧМТ), усугубление их тяжести, возрастающее значение этого вида травматизма среди основных причин смертности

и инвалидизации населения, в особенности у лиц молодого и среднего возраста, вывели эту проблему на одно из первых мест среди основных медико-социальных проблем современного общества.

Улучшение качества оказания медицинской помощи при тяжелой ЧМТ связано со следующими факторами: разработка и внедрение современных протоколов диагностики и лечения, улучшение материально-технической базы лечебных учреждений, постоянный анализ качества оказания медицинской помощи и принятие решений на основании проведенного анализа.

Эффективность медицинской помощи, оказываемой больным с тяжелой ЧМТ, может быть объективно оценена с использованием индикаторов качества медицинской помощи (ИКМП). Общепринятые показатели оценки деятельности нейрохирургических отделений (хирургическая активность, предоперационный койко-день, послеоперационный койко-день, средняя длительность пребывания больного на койке, расхождение клиничко-неврологического и патологоанатомического диагнозов, % оперативных вмешательств 3—5 уровней сложности) в полной мере не отражают качество оказания медицинской помощи больным с тяжелой ЧМТ и не могут быть признаны ИКМП.

Цель работы — на основании анализа литературных данных и собственных наблюдений определить наиболее чувствительные и информативные ИКМП больным с тяжелой ЧМТ.

За основу была взята общепринятая модель оценки качества медицинской помощи (*Donabedian's triad model*), которая включает оценку трех составляющих: структуры (средств), технологий, исхода (результатов) лечения.

Были предложены следующие ИКМП больным с тяжелой ЧМТ:

- Доля (%) больных, поступивших в клинику с диагнозом тяжелой ЧМТ, от общего количества больных с диагнозом ЧМТ.
- Доля (%) оперативных вмешательств, выполненных в первые три часа (при наличии показаний) с момента поступления, к общему количеству оперированных больных.
- Доля (%) случаев лечения больных с нарушением утвержденных протоколов лечения, которые привели к неблагоприятному исходу (по результатами разбора КЭК).
- Доля (%) больных с тяжелой ЧМТ, леченных с использованием мониторинга внутричерепного и церебрального перфузионного давления.
- Летальность при тяжелой ЧМТ, %;
- Послеоперационная летальность при тяжелой ЧМТ, %.
- Послеоперационные гнойно-септические осложнения у больных с тяжелой ЧМТ, %.

Предложенные индикаторы качества позволяют объективно оценивать качество оказания медицинской помощи больным с тяжелой ЧМТ. ИКМП позволяют объективно оценивать состояние медицинской помощи в отдельно взятом отделении, больнице, районе или области. Применение ИКМП является важным инструментом в системе управления качеством медицинской помощи.

УДК 616.714+616.831

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ ВТОРИННИХ ІШЕМІЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Л. А. Дзяк, А. Г. Сирко, В. М. Сук

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: тяжка черепно-мозкова травма, вторинні ішемічні ушкодження, внутрішньочерепний тиск, церебральний перфузійний тиск

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) спричиняє різке зниження мозкового кровотоку (МК). Сучасний підхід до лікування тяжкої ЧМТ — попередження факторів вторинного ішемічного ушкодження головного мозку. Для забезпечення достатнього кровотоку та оксигенації головного мозку