

ОПТИМІЗАЦІЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

А. С. Сон, Ю. А. Солодовнікова

Одеський державний медичний університет

Ключові слова: інсульт, система надання допомоги хворим з інсультом, індикатори якості

У 2004 р. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я визнала, що хвороби системи кровообігу, зокрема інсульт, стали глобальною, небезпечною епідемією. Революційні зміни у діагностиці та лікуванні інсульту за останні десятиріччя суттєво вплинули на стратегію надання допомоги хворим з мозковим інсультом (МІ).

Система надання допомоги хворим з МІ у різних країнах світу має свої особливості, але загальна концепція організації медичної допомоги базується на рекомендаціях Європейської організації інсульту, Американської асоціації інсульту, Гельсінгборзької декларації, основою яких є створення індикаторів якості надання медичної допомоги хворим з МІ. Індикатори якості медичної допомоги — невід'ємна частина системи загального професійного менеджменту в системі охорони здоров'я. Вони призначені, перш за все, для використання практикуючими лікарями. Індикатори використовують для керування процесом підвищення якості медичних послуг, що надаються, шляхом порівняння та встановлення стандартів, а також для оптимізації процесу підвищення якості медичних послуг на місцевому рівні.

Аналізуючи стан надання медичної допомоги хворим з МІ в Україні, ми запропонували такі клінічні індикатори:

- своєчасна та точна діагностика на догоспітальному рівні;
- максимально швидке потрапляння хворого в спеціалізований стаціонар з урахуванням «терапевтичного вікна» (3 години);
- мультидисциплінарний підхід у веденні хворого (невролог, нейрохірург, реаніматолог, терапевт, фізіотерапевт, логопед);
- проведення нейровізуалізації (КТ/МРТ);
- безперервний моніторинг ЕКГ (5 діб);
- ультразвукова доплерографія артерій голови та шиї;
- визначення протромбінового часу (двічі);
- визначення активованого часткового тромбoplastинового часу (двічі);
- дослідження ліпідів крові;
- дослідження рН крові;
- дослідження рівня кисню й вуглекислого газу крові;
- дослідження рівня осмолярності крові;
- призначення засобів, що впливають на систему згортання крові та ін.

Дані, отримані при аналізі цих індикаторів, дозволяють зробити висновок про ефективність надання медичної допомоги хворим з МІ, знайти помилки та розробити подальші напрямки в роботі. Найважливіший підсумок такого аналізу — можливість ставити перед охороною здоров'я країни реальні цілі, спрямовані на поліпшення ситуації в найближчому майбутньому. На нашу думку, введення системи моніторингу якості надання медичної допомоги хворим з МІ з урахуванням запропонованих індикаторів дозволить прийняти управлінські рішення з метою зниження рівня смертності.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ И ЕГО НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Е. А. Статинова, Е. С. Кочкарева

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: неврологические нарушения, хронический панкреатит

Цель работы: изучить особенности неврологических нарушений у больных хроническим панкреатитом (ХП) на основании клинико-неврологических, психометрических и лабораторных методов обследования.

Нами наблюдались 70 пациентов с ХП, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ДОКТМО. Средний возраст пациентов составил $39,2 \pm 3,7$ лет, из них мужчин было 30 %, женщин — 70 %. Длительность основного заболевания составила от 5 до 20 лет.

Основными методами исследования были клинико-неврологический, исследование вегетативной нервной системы с помощью опросников; оценка исходного вегетативного тонуса; использование госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS-A и HADS-D), личностной шкалы проявления тревоги J. Teylor, шкалы определения депрессии Монтгомери — Асберг; определение уровня амилаземии.

Патология со стороны нервной системы диагностирована у 94 % пациентов. Выявлены ведущие неврологические нарушения: пирамидный (88,6 %), вестибулоатактический (54,3 %) синдромы, нарушения со стороны черепных нервов (41,4 %). На основании полученных данных установлено, что 87 % больных хроническим панкреатитом страдает тревожно-депрессивными расстройствами. Выявлено отсутствие корреляционной связи между уровнями амилазы крови и выраженностью тревожно-депрессивного синдрома. Синдром вегетативной дисфункции наблюдался у 77,1 % пациентов и характеризовался перманентной формой течения. При длительности ХП до 1 года у пациентов установлено преобладание парасимпатикотонии, а с длительностью основного заболевания более одного года — симпатикотонии.

Характерными клинико-неврологическими особенностями у больных ХП были пирамидный и вестибулоатактический синдромы, нарушения со стороны черепных нервов. Практически у всех пациентов нами выявлены изменения со стороны вегетативной нервной системы и в психоэмоциональной сфере.

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ С ПОМОЩЬЮ ДИНАМИЧЕСКОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ АНГИОГРАФИИ

Е. А. Статинова, Н. В. Фоминова

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: ишемический инсульт, динамическая магнитно-резонансная ангиография, прогнозирование

Цель работы — изучить возможности применения динамической магнитно-резонансной ангиографии (МРА) для прогнозирования течения ишемического инсульта (ИИ) в остром периоде.

Нами разработан и применен у 32 больных с атеротромботическим подтипом ИИ «Способ прогнозирования течения ишемического инсульта в остром периоде» (декларационный патент Украины на полезную модель № 3736 от 15.12.2004 г.), который заключался в определении в динамике первичности и вторичности сосудистого, паренхиматозного и оболочечного накопленного контрастного вещества во время МРА.

Наличие сосудистого контрастирования в остром периоде ИИ у 14 больных с окклюзиями и стенозами свидетельствовало о плохом коллатеральном кровообращении. Снижение объема кровообращения может служить индикатором тяжести инфаркта мозга и являться одним из критериев отбора больных для проведения тромболизиса. Оболочечное (менингеальное) усиление — признак замедления кровотока в оболочечных сосудах, мы наблюдали у 11 пациентов при формировании мозгового инсульта в коре. Паренхиматозное усиление обычно мы не выявляли ранее 6-го дня от развития мозговой катастрофы. Ранее паренхиматозное усиление оценивалось как один из критериев исключения при проведении тромболизиса.

Первичность и вторичность разных видов накопления контрастного вещества в тканях головного мозга в остром периоде ИИ помогает оценить уровень кровообращения в головном мозге и способствует прогнозу заболевания.