

Организация и развитие системы оказания помощи больным с инсультом в Санкт-Петербурге

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе

²Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
e-mail: voznjouk@emergency.spb.ru

Реферат

Ежегодно в Санкт-Петербурге специалистами здравоохранения регистрируется 20 000–25 000 инсультов. С 2011 г. развернуты и введены в строй 6 сосудистых центров, общей емкостью на 331 специализированную койку, в которых оказывается помощь более 7,5 млн жителей. Однако к настоящему моменту организация системы оказания помощи больным с инсультом не завершена и проходит этап комплексного развития. Наиболее актуальные пути развития быть связаны с введением ряда изменений. С учетом требований «Порядка», численности населения и частоты возникновения новых случаев инсульта, для Санкт-Петербурга необходимо иметь не менее 900 неврологических коек в составе сосудистых центров и отделений. Требуется изменение схемы прикрепления проживающего населения, обновление схем маршрутизации для служб скорой и неотложной помощи, оптимизация имеющегося штатного расписания многопрофильных стационаров и приведение их в соответствие с требованиями «Положения о сосудистых центрах», создание новых и оптимизация имеющихся отделений (центров) реабилитации второго этапа. Внедрение практики постоянного мониторинга за исполнением качества оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, порядок оказания помощи, заболеваемость, летальность, региональные сосудистые центры, неврологические отделения, тромболитическая терапия, оперативная помощь при инсульте.

Voznyuk I. A.¹, Zasukhina T. N.²

Organization and development of the assistance system for the stroke patients at Saint-Petersburg

¹Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute Of Emergency Medicine

²The Health Committee of the Saint Petersburg Government
e-mail: voznjouk@emergency.spb.ru

Abstract

The health professionals registered 20 000–25 000 new cases of stroke each year at St. Petersburg. Network of regional vascular centers for the treatment of patients with stroke was opened in 2011 in St. Petersburg and developing now. A total of 331 beds are ready to receive patients with acute cerebrovascular pathology continuously — 24 hours a day, 7 days a week, 365 days a year. However, for the complete service of the 7,5 millions citizens we need about 900 beds. And so we are now preparing for the opening additional neurological departments for stroke patients, where also will be applied modern principles of management patients with this pathology. Increasing of numbers of neurological departments will require monitoring and optimization of delivery schemes stroke patients from different parts of city — the creation of a new routes logistics for ambulances and emergency assistance services.

Keywords: stroke, the acute cerebrovascular pathology, regional vascular centers, management of stroke patients, departments of neurology, mortality after stroke, stroke incidence, thrombolytic therapy, surgical treatment of stroke.

Введение

Внедрение фундаментальных положений теории гетерогенности повреждения вещества головного мозга при ишемии повлекло за собой реорганизацию системы обеспечения лечебного процесса во всех странах мира. Центральным звеном в системе успешного оказания помощи больным с ишемическим инсультом стало максимально раннее восстановление мозгового кровообращения [1, 2, 4, 7, 12–14].

Наибольшие результаты в этом направлении достигаются там, где большое внимание уделено вопросам выявления и экстренной транспортировки пациентов с острой сосудистой патологией, полно-

ценного исполнения алгоритмов диагностики, лечения, ранней реабилитации и внедрения мероприятий хирургической и медикаментозной вторичной профилактики [5, 6].

В Российской Федерации по результатам Хельсингфоргской конференции (2006) и при активной позиции Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ) состоялось несколько решений глобального характера — была принята Федеральная программа «Комплекс мероприятий по профилактике, диагностике и лечению больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями в Российской

Федерации» (2007). С 2008 г. по решению Президента и Правительства РФ в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в субъектах Российской Федерации реализуются мероприятия, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, основной целью которых является создание новой организационной модели оказания экстренной специализированной медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией. В связи с этим был запущен процесс реорганизации и модернизации стационаров принимающих пациентов с инсультом во всех субъектах РФ.

В настоящее время действует «Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»¹, основанный на принципах доказательной медицины (I–II–III классы и А–В–С-уровни доказательности), регламентирующий выполнение рекомендаций по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками в рамках последовательного процесса в стационарных условиях, затем в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в центрах реабилитации и санаторно-курортных учреждениях [7, 8–10]. Опыт этапной помощи больным с ОНМК в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга также основан на регламентирующих документах и современных принципах организации помощи больным с инсультом, принятых в России, странах Европы, США в последние 5 лет [1, 2, 7, 13].

Демографическая справка и территория

Организация помощи пациентам с экстренной сосудистой патологией сопряжена с рядом демографических и географических особенностей. Сегодня в Санкт-Петербурге официально зарегистрированы 5 028 000 жителей, однако более 7,5 млн проживают постоянно. Доля людей старше трудоспособного возраста постепенно возрастает и превышает 25 %, доля трудоспособных снизилась за последние годы с 63,2 до 61,6 %. Почти 60 % населения имеют возраст старше 40 лет. Таким образом, для Санкт-Петербурга характерен процесс демографического «старения» населения, находящийся в прямой зависимости с естественным воспроизводством и миграцией населения.

Городская территория составляет 1439 км², до 7 % площади занимает водная поверхность. Через водные объекты города перекинута около 800 мостов. Протяженность Санкт-Петербурга в административных границах: с севера на юг в пределах КАД — 32 км (за пределами КАД — 52 км), с северо-запада на юго-восток за пределами КАД — около 90 км.

Климат умеренно-морской с характерно частой сменой воздушных масс, циклонами и низкими температурами. На протяжении большей части года преобладают дни с облачной, пасмурной погодой, рассеянным освещением.

Эпидемиология

Являясь представителем мировых мегаполисов, Санкт-Петербург высоко урбанизирован. Для него характерны высокие показатели плотности проживания, уровня социальной напряженности, наличие транспортных затруднений, мультикультурность и экономическое расслоение. Такая среда способствует высокой заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения.

Традиционным с конца 90-х гг. для мегаполисов РФ считался уровень заболеваемости инсультом 450–520 случаев на 100 000 населения [2, 6, 11].

В последние 3 года в Санкт-Петербурге регистрируется от 25 000 до 29 000 обращений по поводу инсульта, из них от 20 000 до 22 000 госпитализируются в стационары с этим диагнозом. При этом, в соответствии с законами распределения тяжести течения этой патологии, доля умерших в течение острого периода ежегодно составляет более 23 % (табл. 1). С учетом возрастного состава населения, актуальных факторов риска и совокупности климатогеографических условий частота возникновения геморрагических и ишемических инсультов соответствует североевропейской статистике (табл. 2) [1, 14].

До недавнего времени, как и во всех крупных городах, в Петербурге ежесуточно только 50–65 % пациентов с симптомами инсульта госпитализировались в стационары. Возраст большинства поступающих пациентов — более 65 лет, наиболее вероятное время появления их в стационаре — после 19.00. Крайне малое число пациентов обращаются за помощью в первый час заболевания (до 10 %), и менее 5% прибывают в стационар в период до 3 часов после появления симптомов инсульта.

Как правило, источниками первичной информации о больном с симптомами инсульта являются его родственники, участковые терапевты, врачи скорой помощи, медицинские работники неотложной помощи, поликлиник и стационаров. В настоящее время, с 2011 г., с введением в работу региональных сосудистых центров на базе многопрофильных стационаров и активной работы служб городской скорой медицинской помощи (ГССМП) и неотложной медицинской помощи ситуация улучшилась (рис. 1), однако факторы, затрудняющие своевременное выявление и госпитализацию пациентов с инсультом в период «терапевтического окна», остаются актуальными:

- недостаточная информированность населения о первых признаках инсульта;
- несвоевременное обращение за медицинской помощью;
- длительная транспортировка пациентов,
- недостаточная сеть учреждений, имеющих в своем составе неврологические отделения для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) (табл. 3).

¹ «Порядок...» регламентирован последовательными документами: Приказом МЗСР РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с ОНМК» № 389н от 6 июля 2009 г. (в редакции Приказа МЗСР РФ № 44н от 2 февр. 2010 г. и № 357н от 27 апр. 2011 г.); Приказом МЗ РФ № 928н от 15 нояб. 2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

Количество госпитализированных и умерших с инсультом в Санкт-Петербурге
(в том числе в учреждения здравоохранения городского подчинения) в 2012 г.

Таблица 1

Показатель	Санкт-Петербург (территория)			Санкт-Петербург (учреждения подчинения КЗ)		
	всего пролечены	выписаны	умерли	всего пролечены	выписаны	умерли
n	20 220	15 522	4698	19 742	15 092	4650
%	100	76,8	23,2	100	76,5	23,5

Распределение пациентов, госпитализированных в учреждения
здравоохранения Санкт-Петербурга в 2012 г., в соответствии с типом инсульта

Таблица 2

Показатель	Всего	Ишемические инсульты	Геморрагические инсульты	Субарахноидальные кровоизлияния
n	20 220	17 285	2 234	701
%	100	85,5	11,1	3,4

Количество госпитализированных с инсультом в Санкт-Петербурге
(в том числе в учреждения, имеющие в своем составе РСЦ) в 2011–2013 гг.

Таблица 3

Показатель	Санкт-Петербург (территория)			Учреждения, имеющие РСЦ		
	2011 г.	2012 г.	2013 г. (8 мес.)	2011 г.	2012 г.	2013 г. (8 мес.)
n	20 180	20 220	13 415	10 514	12 634	8244
%	100	100	100	52,1	62,5	61,4

Превышение числа госпитализированных пациентов с инсультом
в учреждения, имеющие в своем составе РСЦ, 2011–2013 гг.

Таблица 4

Год	Стационар											
	ГБУЗ №1		ГБУЗ №16		ГБУЗ №17		ГБУЗ №26		ГБУЗ №3		НИИ СП**	
	n	(%)*	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2011	1230	103	2066	172	2068	172	2302	192	3085	257	1376	229
2012	1 200	100	1 908	159	2 462	205	2 407	200	3425	285	1229	204
2013 (8 мес.)	723	—	1226	—	1395	—	1647	—	2652	—	932	—

* — указан % госпитализированных по сравнению с нормой нагрузки на центр (1200 пациентов на РСЦ с 60 койками, 600 — на 30-коечный РСЦ); ** — в НИИ СП коечный фонд РСЦ — 30 коек.

По данным анализа госпитализаций, проведенного сотрудниками ГССМП и неврологами консультативно-диагностического поста (КДПН), среднее количество обращений с подозрением на инсульт (в течение года, без учета сезона) — 40–65 в сутки, пиковая обращаемость достигает 140 случаев в сутки, при этом инсульт не подтверждается в 6–35% случаев.

Формирование и развитие сети региональных сосудистых центров и неврологических отделений для больных с ОНМК

Догоспитальная работа требует детальной проработки маршрутов доставки пациентов. Главной задачей на догоспитальном этапе является максимально быстрая и безопасная транспортировка пациентов на этап стационарного лечения — время доставки больного не должно превышать 40 минут (класс III,

уровень доказательности В). В развитых североевропейских странах этот показатель на практике приближается к 10 минутам. В ряде труднодоступных регионов к больному направляется санитарный вертолет или выезжает автомобиль, оснащенный аппаратом компьютерной томографии (северная Финляндия, некоторые районы Берлина).

В Санкт-Петербурге до сегодняшнего дня маршрутизация для автомашин скорой медицинской помощи предполагает сбор пациентов из трех зон — «юг», «центр», «север», что согласовывается с наличием пока только шести РСЦ, оснащенных и работающих в соответствии с требованиями «Порядка» (рис. 2). Такая маршрутизация показала свою эффективность при госпитализации пациентов в первые сутки заболевания (рис. 1), однако число больных, госпитализированных в пределах «терапевтического окна»

(менее 4,5 часа), остается крайне малым (рис. 3), что значительно сокращает терапевтические возможности стационаров скорой помощи и снижает эффективность их работы.

Организационным ядром всей системы оказания специализированной помощи является стационарный этап, реализуемый на базе Сосудистого центра (первичного или регионального), имеющего в своем составе неврологическое отделение(я) с блоком интенсивной терапии и реанимации (БИТР), с количеством коек для отделения и для БИТР, кратным 30, в пропорции 1/5 (6+24). Число неврологических отделений в Сосудистом центре организуется с учетом численности населения из расчета 30 коек на 150 тысяч взрослого населения с учетом географической доступности.

С учетом требований «Порядка», численности населения и частоты возникновения новых случаев инсульта для Санкт-Петербурга необходимо иметь не менее 900 неврологических коек в составе сосудистых центров и отделений. В настоящее время развернута 331 койка в составе всех РСЦ, остальные пациенты госпитализируются в стационары, не оснащенные в соответствии с современными требованиями. Попытка выполнить полноценный объем диагностических исследований для этих пациентов привела к тому, что, по решению Бюро госпитализации, более 62 % в 2012 г. и более 61 % в 2013 г. от общего числа заболевших было направлено в шесть РСЦ стационаров скорой помощи (табл. 4).

Превышение числа госпитализированных над нормативным количеством, определенным в соответствии с Положением для коечного фонда всех РСЦ, с момента официального запуска их работы составляло 59 % в 2011 г., 93 % в 2012 г. и уже 25% за 8 месяцев работы в 2013 г. Такое нарушение соответствия имеющегося коечного фонда потоку больных создало условия для серьезного снижения качества оказания помощи, неполному выполнению медико-экономических стандартов лечения, сокращению длительности стационарного этапа лечения, нарушению условий размещения пациентов. Так, например, средняя длительность всего цикла лечения больных с инсультом в шести сосудистых центрах в текущем году колеблется от 10,5 до 15,6 дня, что на 50–75 % меньше сроков лечения, рекомендуемых медико-экономическими стандартами.

Существенную проблему в работе центров создают пациенты, направленные из поликлинического звена, не имеющие острой сосудистой патологии. Совокупный анализ информации, представленной неврологической службой центров, о поступающих пациентах позволяет говорить, что от 20 до 25 % направленных больных не имеют признаков острого нарушения мозгового кровообращения. Однако этим пациентам, в соответствии с регламентирующими документами КЗ, не может быть отказано в госпитализации, они требуют размещения на неврологических койках стационара.

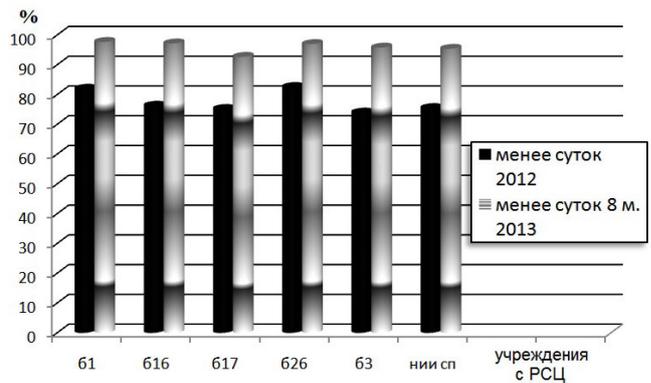


Рис. 1. Динамика частоты досуточной госпитализации в 2012–2013 гг. в учреждения городского подчинения, имеющие в своем составе Региональные сосудистые центры для лечения больных с ОНМК

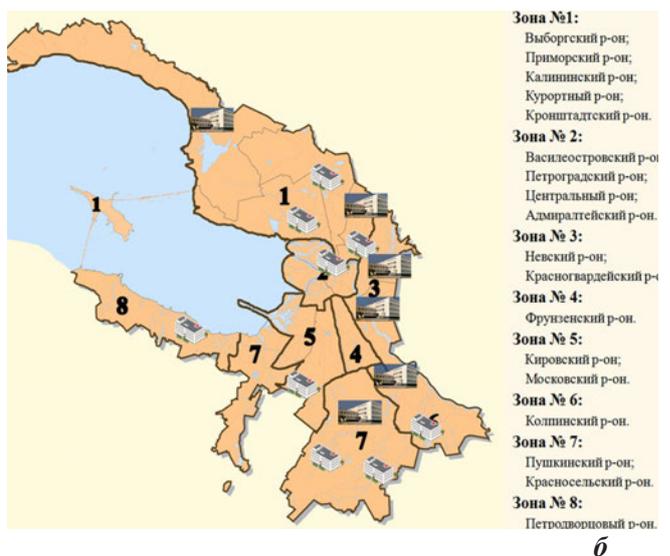
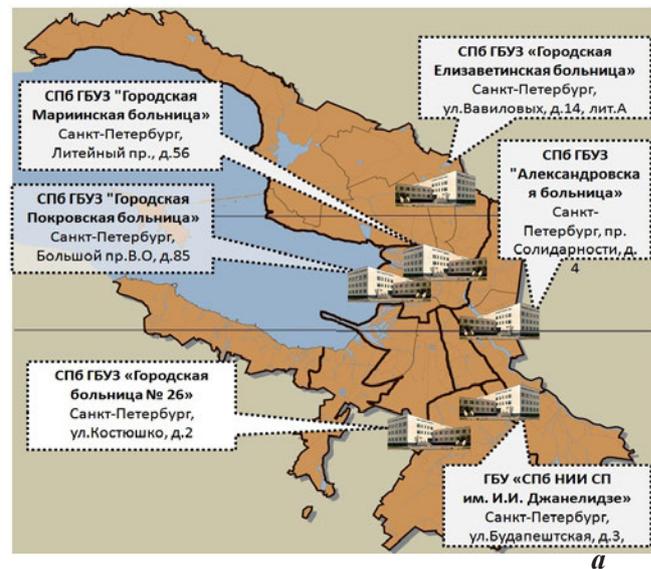


Рис. 2. Маршрутизация пациентов из трех зон — «юг», «центр», «север» с размещением в 6 РСЦ (а); планируемая схема маршрутизации при дополнительном введении в общую сеть 9 неврологических отделений для лечения больных с ОНМК с распределением маршрутов госпитализации из 8 территориальных зон с учетом плеча доставки (б)

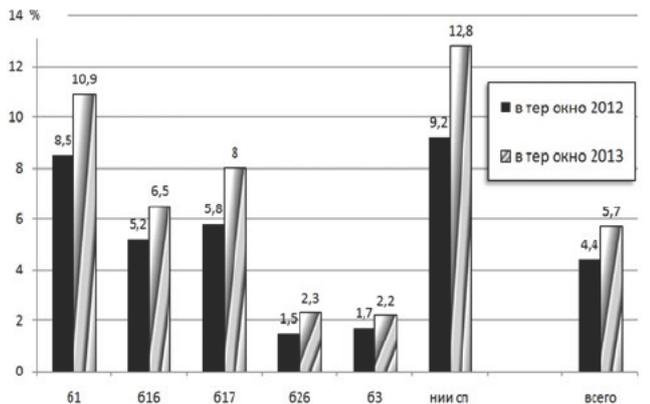


Рис. 3. Частота госпитализации в период «терапевтического окна» в 2012–2013 гг. в учреждения городского подчинения, имеющие в своем составе Региональные сосудистые центры для лечения больных с ОНМК

Диагностика и первые сутки

Непременное условие для эффективной работы Сосудистых центров — круглосуточное функционирование отделения лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии, отделения функциональной и ультразвуковой диагностики, отделения лабораторной диагностики, операционной для проведения экстренных операций больным с острым нарушением мозгового кровообращения в соответствии со стандартами медицинской помощи, обеспеченных соответствующим штатом (класс III, уровень доказательности V).

Порядок обследования пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в отделении экстренной помощи предполагает осмотр невролога, лабораторную диагностику с получением результатов в течение 20 минут от момента взятия крови; инструментальная диагностика — ЭКГ, КТ (МРТ) головного мозга — в течение 40 минут от поступления, консультации специалистов (эндокринолог, терапевт, нейрохирург) — при необходимости выполняется в те же сроки.

В прошедший период с 2011 г. практическая деятельность центров ясно дала понять необходимость наличия дублирующих диагностических систем, прежде всего, томографов. Только в 2012 г. общий простой аппаратов КТ в центрах из-за поломок составил 12,1 месяца, что требовало дополнительной транспортировки пациентов к месту проведения КТ и обратно, а также значительно удлиняло период диагностики (табл. 5).

Одним из непререкаемых правил «Порядка» является немедленное размещение пациентов в условия интенсивного наблюдения. Так, после выполнения КТ (МРТ) больной в течение 60 минут должен быть размещен в БИТР или в ОРИТ стационара (тяжелые и крайне тяжелые пациенты) для выполнения мониторинга параметров центральной гемодинамики, мероприятий базисной и интенсивной терапии, а также, при отсутствии противопоказаний, для проведения операции системного тромболитика (класс I, уровень доказательности A). В течение трех часов после госпитализации пациентов в БИТР, дежурной службой обеспечивается проведение дуплексного сканирования магистральных артерий и других УЗ-

Распределение периодов неисправности СКТ в сосудистых центрах города в 2012 г.

Таблица 5

Стационар	Период неисправности (мес.)
ГБУЗ №1	—
ГБУЗ №16	2,1
ГБУЗ №17	2
ГБУЗ №26	5,5
ГБУЗ №3	1,5
НИИ СП	1

исследований (ультразвуковой доплерографии, микроэмболодетекции, эхокардиографии и пр.) сосудов шеи и головы, и на основании полученных данных выносится суждение о типе и патогенетическом подтипе инсульта, выбирается тактика лечения.

Уточнение диагностических деталей и стационарной выживаемости позволяет сегодня оценить эффективность организационных решений, уяснить нуждаемость в оперативных вмешательствах, уточнить возможные риски и профиль стационарной летальности. Ряд оценок может быть дан уже в этот день.

Так, сопоставление показателей суточной летальности в стационарах, имеющих РСЦ существенно ниже, чем в других, — 0,3–1,1 против 3,0–3,2 %. Стационарная летальность на койках РСЦ также значимо ниже средней по городу — 10,3–15,4 %. Эти данные подтверждают эффективное влияние рано установленного точного диагноза на правильность выбранной лечебной тактики.

Хирургическая активность

Хирургическая служба Региональных сосудистых центров города, ориентированная на помощь больным с ОКС и ОНМК, имеет высокую активность, превышающую возможности федеральных учреждений расположенных на территории Санкт-Петербурга. Доля сосудистых вмешательств, выполненных хирургами РСЦ, среди всех случаев в 2012 г. составляла 70,4 %, а в 2013 г. превышала 63 %. При этом уровень летальности и периоперационных осложнений при выполнении ревазуляризирующих операциях колеблется от 0,3 до 2,0 %, что соответствует международным требованиям.

Расчет сил и средств хирургической службы в интересах больных с инсультом требует детального владения информацией о патологии сосудов или об угрожающих внутрочерепным объемным процессам (гематома, отек, дислокация). Летальность при них является самой высокой (табл. 6).

Потребности определяют частоту применения методов оперативного лечения. Развивающаяся материально-техническая база РСЦ, накопление опыта работы, концентрация и перераспределение профес-

Таблица 6

Код по МКБ X	Диагноз	Всего	Летальность, %
G45, I63, I65, I66	Ишемический инсульт (всего)	11 976	20,5
I60-I62, I64	Геморрагический инсульт (всего)	1439	41,3
I60	Субарахноидальное кровоизлияние	398	31,9
I61	Внутричерепное кровоизлияние	969	47,9
I62	Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние	24	41,7
I64	Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт	48	68,8
Итого		13 415	20,5

сиональных кадров приводят к наращиванию частоты применения хирургической помощи больным с инсультом в остром периоде, а также к расширению арсенала оперативных вмешательств. Общее число вмешательств при ОНМК (церебральная ангиография и все виды операций) возрастает. В 2012 г. их число составляло 1211, а за 8 месяцев 2013 г. — уже 1005. С 2011 г. возросло число операций, направленных на восстановление проходимости мозговых и магистральных артерий в первые дни после острого события (тромбэктомии и тромбэкстракции) — с 318 до 408 в 2012 г. Постоянно расширяется список открытых и эндоваскулярных манипуляций. В 2013 г. в РСЦ городских стационаров выполнялись:

- эндоваскулярная экстракция тромбов в первые сутки;
- каротидная эндартерэктомия в первые 7–10 суток;
- стентирование и ангиопластика магистральных артерий головы и шеи в первые 7–10 суток;
- пластика артерий вертебрально-базиллярного бассейна;
- «открытое» оперативное лечение аневризм в первые 7–10 суток;
- эндоваскулярная эмболизация аневризм в первые 7–10 суток;
- эикма в первые 7–10 суток;
- наложение высокопоточных экстраинтракраниальных анастомозов;
- удаление внутримозговых гематом.

Наиболее развивающейся и перспективной хирургической технологией является эндоваскулярная экстракция тромбов (внутрисосудистая «интервенция») в первые сутки. Пока она не может считаться широко применяемой в Петербурге, но, по опыту европейских стран при обеспечении адекватного приема больных в РСЦ и наличии расходных материалов, можно рассчитывать на проведение не менее 6 вмешательств в месяц на каждое 30-е коечное неврологическое отделение.

Тромболитическая терапия

Одним из самых эффективных и безопасных методов восстановления проходимости мозговых артерий при тромбозе является системная (внутривенная) тромболитическая терапия, проведение

которой требует наличия опыта диагностики и лечения ишемического инсульта и его осложнений (класс I, уровень A). В большинстве развитых стран мира методика системного тромболитизиса является рутинной процедурой, на которую ориентированы все службы, участвующие в оказании помощи пациентам с инсультом, начиная со средств массовой информации и заканчивая специализированными неврологическими отделениями [1, 2, 4, 11–14]. Средняя частота применения тромболитической терапии (ТЛТ) в Российской Федерации, по результатам отчетных совещаний, составляет 2,5 %. При дальнейшем совершенствовании служб в регионах и по мере накопления опыта этот уровень должен увеличиться вдвое.

Размещение пациентов в сосудистых центрах для проведения тромболитизиса является важным условием, гарантирующим облигатный диагностический объем, необходимое штатное расписание, работу по протоколам и инфраструктуру для большинства поступающих пациентов.

Гарантированное снабжение сосудистых центров тромболитическим препаратом¹ в течение 2011–2013 гг. позволило эффективно внедрить этот метод в стандартную практику. Сегодня во всех РСЦ операция системного тромболитизиса применяется. Сформировался определенный опыт, в каждом центре число выполненных процедур больше 20, имеются учреждения, где число выполненных операций превысило 60. Значима и общая динамика использования этого метода патогенетического лечения:

- в 2011 г. — 109 процедур ТЛТ, из них в 9 случаях препарат вводился внутриаартериально (селективный тромболитизис);
- в 2012 г. выполнено 185 процедур тромболитизиса, из них 25 — селективные;
- за 8 месяцев 2013 г. было зарегистрировано только 53 процедуры (45 системных и 8 селективных).

Однако частота применения тромболитической терапии невысока, при наибольшем количестве процедур в 2012 г. (n=185) она составила только 1,09 %.

Причин, объясняющих невысокую частоту применения метода, несколько, но самые существенные две:

¹ «Актилизе®» — единственный фибринолитик, разрешенный к применению при инсульте в РФ.

Таблица 7

Место дальнейшего лечения	Баллы по шкале Ривермид
Перевод в гериатрические учреждения/«на койку сестринского ухода»/ в хоспис/на дом	1 и меньше
Отделения реабилитации и восстановительного лечения больничных учреждений (для больных после ОНМК со значительными нарушениями двигательных и/или когнитивных, психических функций)	2–3
Санаторно-курортные учреждения, реабилитационные центры, в том числе научно-практические	Не менее 4
Амбулаторно-поликлинические учреждения, врачебно-физкультурные учреждения, центры	Не менее 8

1) колоссальная нагрузка на дежурную службу (невролог, анестезиолог-реаниматолог БИТР) сосудистых центров, вызванная дефицитом кадров и многократным превышением нормативного числа ежесуточно поступающих больных, требующих дифференциальной диагностики и оценки состояния;

2) крайне низкое число пациентов, доставляемых в стационар в период «терапевтического окна», т. е. до 4,5 часа от начала первых симптомов.

Движение больных, перенесших инсульт, после окончания острого периода

Алгоритм дальнейшего перемещения пациентов определяется в соответствии с планом восстановительного лечения и на основании оценки тяжести неврологического дефицита (табл. 7).

Выполнение объема реабилитационной помощи (достижение и поддержание физических, психологических функций) при лечении острых нарушений мозгового кровообращения осуществимо только мультидисциплинарной бригадой. К сожалению, на фоне значительного кадрового дефицита в подразделениях РСЦ (1-й этап реабилитации) даже имеющееся оборудование не используется полноценно. Поэтому основные реабилитационные требования к нынешнему периоду во многом остаются декларацией.

Несколько лучше процесс восстановительного лечения обеспечен на 2-м и 3-м этапах реабилитации — в специализированных стационарах, центрах (отделениях), однако их число и коечный фонд не соответствуют потребностям.

Оценка тяжести остаточного неврологического дефицита и степени независимости пациентов к моменту выписки с из стационара является одним из актуальных инструментов тестирования эффективности системы оказания помощи пациентам с инсультом в целом. Каким бы ни был затратным процесс лечения, только при комплексном решении всех задач возможен целевой уровень, определенный Хельсингфорской конференцией (2006), — к концу 3-го месяца после инсульта более 70 % выживших пациентов должны стать полностью независимы в повседневной жизни. В настоящее время, по предварительному анализу, этот показатель в сосудистых центрах Санкт-Петербурга колеблется на уровне 30–45 %, почти 30 % полностью зависимы от окру-

жающих. Распределение пациентов с соблюдением этапности реабилитационной помощи в данный период затруднено, что связано с неполноценным развертыванием сети 2–3-го этапов реабилитации и неотлаженностью взаимодействия реабилитационных учреждений с сосудистыми центрами, нарушением принципов приоритетности госпитализации. Тем не менее более 19 % пациентов (n=1987) сразу после острого периода направляются для реабилитационного лечения, из них 4,5 % пациентов (n=446), как правило, из числа работающих, направляются на 3-й этап реабилитации (на базе санатория).

Заключение

С января 2011 г. в Санкт-Петербурге развернуты и введены в строй шесть сосудистых центров, общей емкостью на 331 специализированную койку. Однако к настоящему моменту организация системы оказания помощи больным с инсультом не завершена и проходит этап комплексного развития. При наличии такого коечного фонда, в соответствии с требованиями «Порядка», может быть пролечено только около 6,6 тысячи пациентов. С учетом проживающего населения и частоты возникновения новых случаев инсульта, реальная потребность составляет не менее 900 неврологических коек в составе сосудистых центров и отделений.

Наиболее актуальные пути развития системы оказания помощи больным с инсультом должны быть связаны с введением ряда изменений.

1. Оптимизация сети сосудистых центров (РСЦ) и неврологических отделений для лечения больных с ОНМК:

— требуется увеличение числа специализированных неврологических коек в четырех из уже развернутых региональных сосудистых центров, расположенных в северной, восточной и юго-восточной частях города, где проживает значительная часть населения города (более 3,5 млн);

— необходимо дополнительное дооснащение и приведение в соответствие с требованиями неврологических отделений для лечения больных с ОНМК в 9 многопрофильных стационарах, которые в настоящее время оказывают помощь этим больным с нарушением «Порядка»;

— требуется формирование рациональных схем взаимодействия между близко расположенными

Региональным сосудистым центром и «первичными» неврологическими отделениями (от 1 до 3), объединяемых в локальные «зоны» по географическому, демографическому принципам и технологии оказания помощи;

— необходима оптимизация коечного фонда существующих реабилитационных учреждений и создание новых отделений (центров) реабилитации второго этапа на базе имеющихся и организуемых сосудистых центров, а также изменение принципов отбора и перевода больных с инсультом после окончания острого периода для продолжения восстановительного лечения.

2. Изменение схемы прикрепления проживающего населения к вновь создаваемой сети сосудистых центров, а также обновление схем маршрутизации для служб скорой и неотложной помощи доставляющих пациентов с инсультом.

3. Оптимизация имеющегося штатного расписания многопрофильных стационаров, имеющих

в своем составе сосудистые центры и приведение их в соответствие с требованиями «Положения о сосудистых центрах».

4. Разработка детального плана переподготовки врачебного и среднего персонала, обеспечивающего работу всех подразделений, объединенных (на функциональной основе) в сосудистые центры по вопросам диагностики, лечения и реабилитации больных с инсультами с привлечением научно-педагогического потенциала Санкт-Петербурга и Москвы.

5. Подготовка плана по проведению широких информационных кампаний для населения о признаках ОНМК, а также по проведению на базе РСЦ регулярных образовательных программ по профилактике инсульта для пациентов и их родственников.

6. Внедрение практики постоянного мониторинга за исполнением Порядка оказания помощи больным с ОНМК, с использованием данных статистического анализа и результатов динамической оценки качества медицинской помощи.

Литература

1. Ворлоу Ч. П., Денис М. С., Ван Гейн Ж. и др. *Инсульт: практ. рук-во для ведения больных / под ред. А. А. Скоромца, В. А. Сорокоумова. СПб.: Политехника, 1998. 630 с.*
2. *Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / под ред. З. А. Суслиной, М. А. Пирадова. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 288 с.*
3. *Классификация болезней нервной системы: пособие для врачей / под ред. проф. Дубовской. М.: Триада-Х, 2002. 255 с.*
4. Куприна А. А., Упницкий А. А., Белоусов Ю. Б. *Алтеплаза: клиническая фармакология, перспективы применения при остром инфаркте миокарда, фармакоэкономические аспекты // Фарматека. 2004. № 19/20 (96). С. 18–24.*
5. *Национальное руководство. Неврология, сосудистые заболевания головного мозга / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г.*
6. Одинак М. М., Вознюк И. А., Янишевский С. Н. *Инсульт: вопросы этиологии, патогенеза, алгоритмы диагностики и терапии. СПб.: ВМедА, 2005. 192 с.*
7. *Организация неотложной помощи, диагностики и лечения больных с мозговыми инсультами в Санкт-Петербурге: метод. пособие / утв. Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга. 2011. 57 с.*
8. *Приказ МЗ РФ № 357н от 27 апр. 2011 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 июля 2009 г. № 389н „Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения“.*
9. *Приказ МЗ РФ № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» от 15 нояб. 2012г.*
10. *Приказ МЗ СР РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» №389н от 6 июля 2009 г.*
11. Скворцова В. И., Шамалов Н. А., Анисимов К. В., Рамазанов Г. Р. *Результаты внедрения тромболитической терапии при ишемическом инсульте в Российской Федерации // Инсульт: Журн. Неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2010. № 12. Вып. 2. С. 17–22.*
12. *Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте: метод. пособие / НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ГОУ ВПО РГМУ им. Н. И. Пирогова; под ред. чл.-корр. РАМН, проф. В. И. Скворцовой. М., 2010.*
13. *Stroke. Practical guide for clinicians / eds by M. Natan. Bornstein: Karger, 2009. 202 p.*
14. *Wahlgren N., Dávalos A. et al. SITS investigators. Thrombolysis with alteplase 3–4.5 h after acute ischaemic stroke (SITS-ISTR): an observational study // Lancet. 2008. № 372 (9646). P. 1303–1309.*