

# Предварительные итоги реализации областной целевой программы «Организация специализированной медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения в Томской области на 2007—2009 гг.»

*Плотников Д.М.<sup>1</sup>, Кобякова О.С.<sup>1</sup>, Алифирова В.М.<sup>1</sup>, Алексеева Л.Н.<sup>2</sup>*

## Preliminary outcomes of special regional program «High quality medical care organization in Tomsk Region in 2007—2009» realization

*Plotnikov D.M., Kobyakova O.S., Alifirova V.M., Alekseyeva L.N.*

<sup>1</sup> *Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

<sup>2</sup> *ОГУЗ «Томская областная клиническая больница», г. Томск*

© Плотников Д.М., Кобякова О.С., Алифирова В.М., Алексеева Л.Н.

Мозговой инсульт — актуальная медицинская и социальная проблема, поскольку это заболевание характеризуется высокими показателями смертности и инвалидизации. С 2007 г. в Томской области реализуется областная целевая программа «Организация специализированной медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения в Томской области на 2007—2009 гг.», важнейшим мероприятием которой было открытие на базе Томской областной клинической больницы специализированного неврологического отделения «Инсультный центр».

Анализ предварительных результатов реализации данной программы показал значимые положительные изменения в части улучшения организации всех этапов оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. За 3 года работы инсультного центра отмечено снижение общей летальности больных мозговым инсультом, летальности от ишемического инсульта и субарахноидальных кровоизлияний.

Анализ показателей работы отделения позволил обозначить существующие проблемы и перспективы повышения качества оказания специализированной медицинской помощи этой категории больных.

**Ключевые слова:** мозговой инсульт, областная целевая программа, специализированная помощь, инсультный центр.

Stroke is the acute medical and social problem, because this disease has high level of mortality and invalidization. There is a special regional program «High quality medical care organization in Tomsk Region in 2007—2009». The most important measure of this program is «Stroke center» organization in Tomsk Regional Hospital.

Preliminary analysis of special regional program «High quality medical care organization in Tomsk Region in 2007—2009» efficiency shows a significant improvement of all types medical care organization in patients with stroke. General rate of mortality in patients with stroke, ischemic stroke mortality rate and subarachnoid hemorrhage mortality rate has been decrease in «Stroke Center» for last three years.

Analysis of indices «Stroke Center» activity allows to denote the nowadays problems and prospective of future improvement of medical care in patients with stroke have been revealed.

**Key words:** stroke, special regional program, special medical care, Stroke Center.

УДК 616.831-005:614.2(571.16)

Мозговой инсульт (МИ), или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), — одна из ведущих причин смертности и главная причина инвалидизации населения во всех странах [4]. В Российской Федерации ежегодно регистрируется более 400 тыс. новых инсультов [3], в Томске ежедневно происходит 5—7 ОНМК. Инсульт является актуальной не только

медицинской, но и социальной проблемой: показатели заболеваемости и смертности от инсульта среди лиц трудоспособного возраста в России увеличились за последние 10 лет более чем на 30% [5]. Показатели заболеваемости и смертности от инсультов в Томской области сопоставимы с заболеваемостью и смертностью в Сибири и в целом по России [2].

В целях повышения качества оказания медицинской помощи больным МИ во всем мире особое внимание уделяется качеству догоспитальной диагностики, экстренности транспортировки и госпитализации пациентов в специализированные отделения, имеющие в своем составе койки интенсивной терапии, своевременной специфической терапии МИ и реабилитационным мероприятиям. Оптимизация этих этапов позволяет во многом уменьшить смертность, внутрибольничную летальность и инвалидизацию населения [6].

В 2007 г. в Томской области принята областная целевая программа «Организация специализированной медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения в Томской области на 2007—2009 гг.», направленная на комплексное решение проблем профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с сосудистой патологией головного мозга на территории Томской области. Наиболее важным и значимым мероприятием программы было создание на базе областного государственного учреждения здравоохранения «Томская областная клиническая больница» (ОГУЗ «ТОКБ») специализированного неврологического отделения «Инсультный центр».

Цель настоящей работы — проанализировать предварительные итоги реализации областной целевой программы «Организация специализированной медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения в Томской области на 2007—2009 гг.», преимущественно путем оценки эффективности работы инсультного центра.

### **Организация медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения на территории Томской области**

Создание инсультного центра позволило принципиально изменить действующую систему оказания медицинской помощи больным МИ. Ранее пациенты с данным диагнозом госпитализировались в дежурный терапевтический стационар независимо от наличия неврологического отделения или специалиста-невролога в штате учреждения. Кроме того, имелись проблемы в части работы специалистов скорой меди-

цинской помощи с этой категорией пациентов; отсутстви *Экономика и управление в здравоохранении* питализации и ее порядок.

В рамках реализации областной целевой программы одновременно с созданием инсультного центра на территории Томской области соответствующими приказами Департамента здравоохранения Томской области были разработаны четкие показания и противопоказания, а также порядок госпитализации пациентов с ОНМК.

### **Показания для госпитализации**

Диагноз ОНМК предварительно устанавливается при внезапном появлении очаговых и общемозговых симптомов поражения центральной нервной системы. Очаговые симптомы: зрительные, глазодвигательные, бульбарные, мозжечковые и центральные тазовые нарушения как самостоятельно, так и в составе сложных (альтернирующих) синдромов; нарушения двигательной и (или) чувствительной функций руки и (или) ноги за счет центрального поражения. Общемозговые симптомы: внезапная головная боль, тошнота, рвота в сочетании с менингеальными симптомами при удовлетворительном состоянии и отсутствии признаков травмы, инфекции, интоксикации; внезапная потеря сознания или нарастание расстройств сознания до оглушения, сопора, комы.

### **Противопоказания для госпитализации**

Относительные: наличие другой патологии, определяющей тяжесть состояния больного и требующей специализированного лечения в профильном стационаре (например, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии и др.). Абсолютные: наличие у больного ОНМК контагиозного инфекционного заболевания, подлежащего лечению в инфекционном стационаре.

### **Порядок госпитализации**

Госпитализации в инсультный центр подлежат больные ОНМК в период «терапевтического окна» (первые 6 ч от момента инсульта) и в начале острейшего периода (1-е сут от момента инсульта).

Четко сформулированные показания и порядок госпитализации значительно упростили работу специалистов скорой медицинской помощи, а также по-

высили доступность специализированной медицинской помощи в инсультном центре не только для жителей областного центра, но и для пациентов из сельских районов области. Так, по итогам 2008 г. более 20% госпитализированных в данное отделение — пациенты из сельских районов, большая часть которых — жители Томского района (рис. 1).

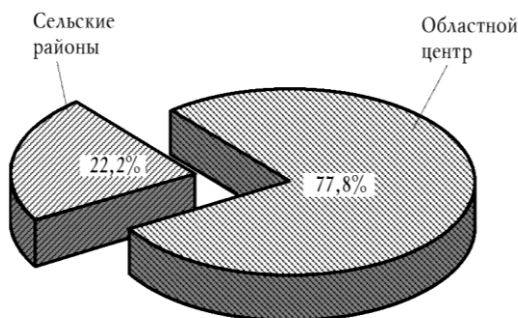


Рис. 1. Структура пациентов, пролеченных в неврологическом отделении «Инсультный центр» в 2008 г., по месту их жительства

Один из разделов областной целевой программы касался повышения качества догоспитальной диагностики и лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи. За период реализации указанной программы отмечена существенная положительная динамика по данному направлению.

Транспортировку больных МИ в Томске осуществляют как линейные бригады, так и специализированная неврологическая бригада, сотрудники которой уже на догоспитальном этапе могут квалифицированно осуществить дифференциальную диагностику. За 2005—2008 гг. число вызовов по поводу ОНМК, обслуженных этой бригадой, остается стабильным и достаточно высоким (26,4—27,4%). О достаточно точной догоспитальной диагностике МИ врачами скорой помощи говорит тот факт, что более 90% больных, доставленных в 2009 г. в инсультный центр с диагнозом ОНМК, были госпитализированы.

По данным статистики МЛПМУ «Станция скорой медицинской помощи» г. Томска, за 2005—2008 гг. почти на четверть уменьшилось количество вызовов по поводу подозрений на ОНМК, при этом повысилось количество случаев транспортировки этих пациентов в стационар: 2005 г. — 54,9%, 2006 г. — 61,5%, 2007 г. — 64,6%, 2008 г. — 74,4%. Это свидетельствует о возросшем внимании специалистов скорой медицинской помощи к данной нозологии.

Еще одним эффективным организационным решением является создание в рамках инсультного центра сначала палат реанимации и интенсивной терапии, а затем и одноименного отделения. В этом отделении концентрируются наиболее тяжелые пациенты, нуждающиеся в реанимационных мероприятиях, интенсивной терапии и особом уходе. Специалисты анестезиологи-реаниматологи, являющиеся сотрудниками указанного отделения, получили возможность в рамках областной целевой программы пройти стажировку в ведущих клиниках страны.

Большое внимание при лечении пациентов с ОНМК уделяется нейрореабилитации, как ранней, мероприятия которой начинаются еще в инсультном центре, так и поздней — в виде санаторно-курортного лечения.

### Характеристика деятельности инсультного центра за 2006—2008 гг.

На базе многопрофильной больницы ОГУЗ «ТОКБ» с 1 января 2006 г. было открыто специализированное неврологическое отделение «Инсультный центр» на 60 коек, в том числе палаты реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ) на 6 коек. В 2008 г. отделение было расширено до 120 коек с открытием отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) на 12 коек.

В соответствии с разработанными показаниями все больные с признаками ОНМК в 1-е сут заболевания, т.е. в течение «терапевтического окна» (первые 6 ч заболевания) и в начале острейшего периода (первые 24 ч), направлялись на госпитализацию в инсультный центр. Ограничительным для жителей Томской области являлся только фактор временной и (или) транспортной доступности, а также проблемы транспортабельности пациентов (см. рис. 1).

В последние годы уделяется большое внимание экстренной госпитализации пациентов с МИ и уменьшению времени от момента доставки пациента до начала его лечения, т.е. «от двери до иглы» [6]. Значительным достижением в организации работы инсультного центра следует считать тот факт, что среднее время пребывания пациентов с ОНМК в приемном отделении ОГУЗ «ТОКБ» снизилось с 76 мин в 2006 г. до 32 мин в 2008 г.

При поступлении пациента, согласно существующим стандартам [6], в кратчайшие сроки проводились необходимые диагностические мероприятия: лабора-

торные, инструментальные исследования и консультации специалистов.

В палатах отделения и ОРИТ при лечении геморрагических инсультов использовалась базисная, неспецифическая нейропротективная и симптоматическая терапия, нутритивная поддержка; проводились профилактические мероприятия для предотвращения осложнений и повторных инсультов. По показаниям осуществлялись нейрохирургические вмешательства: в 2006 г. в экстренном порядке прооперированы 14 пациентов, в 2007 г. — 19, в 2008 г. — 20. Относительно низкий уровень оперативной активности в инсультном центре обусловлен отсутствием в ОГУЗ «ТОКБ» ангиоблока и современного нейрохирургического оборудования, что существенным образом тормозит дальнейшее внедрение передовых медицинских технологий лечения МИ.

В лечении ишемических инсультов кроме базисной и неспецифической терапии использовались дезагреганты, антикоагулянты, нейропротекторы и ноотропы, в том числе последних поколений. Кроме того, проводились полный спектр профилактических мероприятий и ранняя реабилитация, включавшая физиопроцедуры, лечебную гимнастику и логопедическую коррекцию.

Основные показатели работы инсультного центра представлены в табл. 1.

Таблица 1

Основные показатели работы неврологического отделения «Инсультный центр» за 2006—2008 гг.

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Пролечено (выбыло) больных, всего	1 019	1 060	1 871
выписано	817	836	1 438
умерло	202	224	433
Общее количество койко-дней	17 932	18 630	33 980
Средняя длительность пребывания больного, дни	17,3	17,6	18,0
Летальность, %	19,5	21,2	23,0
Оборот койки	17,3	17,6	15,7
Количество коек	60	60	120
Работа койки	298,9	310,5	283,2

Повышение общего уровня летальности в отделении объясняется утяжелением контингента и увеличением среднего возраста пациентов.

Возрастная структура пациентов, пролеченных в инсультном центре, на примере 2008 г. представлена на рис. 2.

Более трети пациентов — это трудоспособное население (возраст 18—60 лет). Полученные данные подтверждают значимость не только медицинской, но и социально-экономической составляющей проблемы инсульта. Вместе с тем сохраняется стабильно высокий удельный вес больных инсультом старше 60 лет, что является общемировой тенденцией, отражающей процессы старения населения развитых стран.

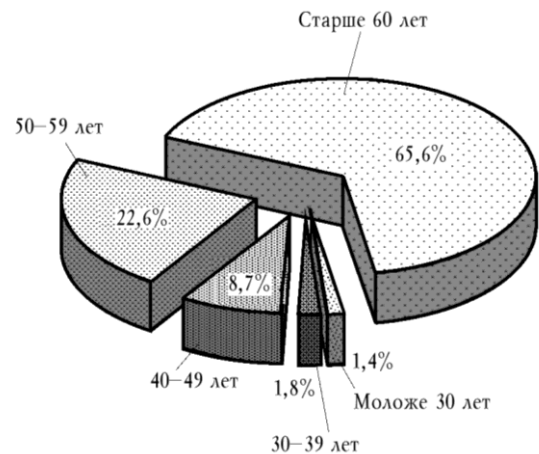


Рис. 2. Возрастная структура пациентов, пролеченных в инсультном центре в 2008 г.

Сравнивая данные работы инсультного центра за 3 года деятельности с показателями национального регистра инсульта (данные Национальной ассоциации по борьбе с инсультами — НАБИ), следует отметить схожую нозологическую структуру пролеченных больных: субарахноидальные кровоизлияния (САК) — 2,5% (3,0% по данным НАБИ), внутримозговые кровоизлияния (ВМК) — 16,7% (14,1% по данным НАБИ), инфаркты мозга (ИМ) — 79,4% (65,6% по данным НАБИ). Существенная разница зарегистрирована только в доле недифференцированных инсультов — 1,4% (18,8% по данным НАБИ) [1]. Увеличения в инсультном центре доли геморрагических инсультов по отношению к ишемическим (от 1 : 5 до 1 : 4 к 2003 г.) за анализируемый период времени не наблюдалось. Напротив, имелась явная тенденция к снижению удельного веса внутримозговых и субарахноидальных кровоизлияний (28,3% в 2006 г., 22,1% в 2007 г., 15,4% в 2008 г.). Возможно, одной из причин вышеуказанной тенденции служит отсутствие тотальной нейровизуализации с августа 2008 г., вследствие чего некоторая часть небольших гематом могла проходить под маской инфарктов мозга. Однако неболь-

шой по сравнению с общероссийскими показателями процент выставленных диагнозов «недифференцированный инсульт» говорит о высокой степени уточненных характеров ОНМК и проводимой дифференцированной терапии (рис. 3).

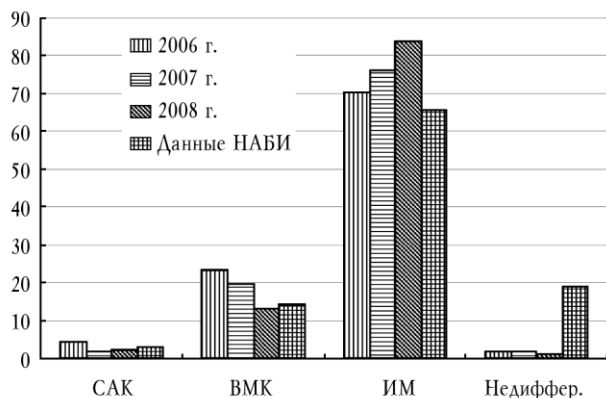


Рис. 3. Сравнительная характеристика структуры инсультов по результатам работы инсультного центра за 2006—2008 гг. с данными НАБИ: Недиффер. — недифференцированный тип инсульта

Наиболее тяжелые пациенты по показаниям госпитализируются в отделение реанимации и интенсивной терапии. Показаниями для госпитализации в ОРИТ являются: первые 6 ч с момента возникновения ОНМК вне зависимости от тяжести состояния, тяжелое состояние пациента (нарушение уровня сознания, расстройства психики, а также другие конкурирующие и сопутствующие заболевания, требующие интенсивной терапии). При сравнении показателей работы этого отделения в 2008 г. с показателями работы неспециализированного отделения анестезиологии и реанимации (ОАР) по лечению больных с ОНМК в 2005 г. отмечались следующие тенденции: на 6 лет увеличился средний возраст пролеченных больных (2005 г. — 62 года; 2008 г. — 68 лет); на 12 лет увеличился средний возраст умерших больных (2005 г. — 62 года; 2008 г. — 74 года); более чем на 13,0% уменьшилась летальность в первые 3 сут (2005 г. — 40,9%; 2008 г. — 36,4%). Следует отметить, что нозологическая структура пролеченных пациентов за анализируемый отрезок времени практически не изменилась. Выявленные тенденции свидетельствуют об изменении врачебной тактики ведения пожилых пациентов с инсультом: из группы потенциально бесперспективных эти больные перешли в группу больных с применением активных лечебных мероприятий. Сохранение общей летальности на том же уровне при значительном утяжелении кон-

тингента пациентов — это, безусловно, положительные итоги работы отделения.

Нейрореабилитационные мероприятия начинали проводить пациентам с МИ еще в острейшем периоде. Они включали в себя максимально раннюю активизацию, широкий спектр физиотерапевтических процедур, активную и пассивную лечебную гимнастику, при речевых и бульбарных расстройствах — занятия с логопедом-афазиологом.

После окончания сроков лечения в инсультном центре работающие пациенты, имеющие показания для санаторного долечивания, направлялись в реабилитационный центр «Ключи» или санаторий «Строитель» за счет средств федерального и областного бюджетов (табл. 2).

Таблица 2

Санаторно-курортная нейрореабилитация пациентов инсультного центра

Год	Реабилитационный центр «Ключи»	Санаторий «Строитель»
2006	53	25
2007	128	6
2008	181	11
Всего	362	42

### Анализ летальности пациентов инсультного центра

Инсульт — нозологическая форма с высокими показателями летальности и инвалидизации, чем определяется его высокая медико-социальная значимость. Летальность в острой стадии всех видов инсультов составляет 35% [1]. По данным национального регистра инсульта, в России общая летальность больных инсультом в 2001 г. была 40,4%, в 2003 г. — 35,4% [1]. Именно по этой причине основной характеристикой эффективности оказания медицинской помощи данной категории больных является снижение показателя летальности.

При анализе общей летальности от инсультов (при исключении других нозологий) обращает на себя внимание позитивная тенденция в виде ее снижения с 33,1% в 2006 г. до 27,6% в 2008 г. Детальный анализ летальности пациентов инсультного центра в разрезе нозологических форм представлен на рис. 4.

За период с 2006 по 2008 г. отмечается отчетливая тенденция снижения летальности при субарахноидальном кровоизлиянии (2006 г. — 58%; 2008 г. — 40%) и ишемическом инсульте (2006 г. — 26%; 2008 г. — 21%) с достижением более низкого уровня летально-

сти, чем в целом по России [1]. Однако наряду с этим имеет место и негативная тенденция к увеличению летальности от геморрагического инсульта, несмотря на снижение удельного веса больных с кровоизлияниями в общем количестве пролеченных пациентов. Причина увеличения летальности данной категории больных видится в низкой оперативной активности, в том числе и с паллиативной целью, которая обусловлена недостаточным техническим оснащением и отсутствием тотальной экстренной нейровизуализации с августа 2008 г. (именно в этом году отмечен резкий рост показателя летальности по сравнению с предыдущим годом (2007 г. — 54%; 2008 г. — 67%)).

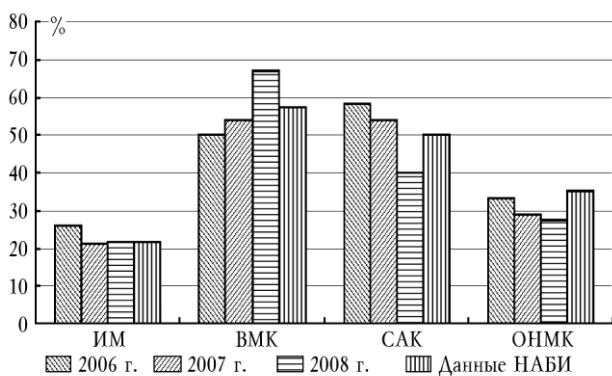


Рис. 4. Анализ летальности пациентов инсультного центра за 2006—

2008 гг.: ОНМК — общая летальность при инсультах

## Выводы

Областная целевая программа «Организация специализированной медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения в Томской области на 2007—2009 гг.», и прежде всего создание инсультного центра на базе ОГУЗ «ТОКБ», доказала свою эффективность в части повышения качества и доступности специализированной неврологической медицинской помощи больным с МИ, а именно:

1) улучшение качества оказания медицинской помощи больным МИ на этапе скорой медицинской помощи путем повышения квалификации персонала скорой медицинской помощи по вопросам диагностики и оказания первой помощи больным ОНМК;

2) увеличение доступности специализированной неврологической медицинской помощи жителям сельских районов: около четверти пролеченных в инсультном центре пациентов — жители области;

3) сокращение времени пребывания пациентов с ОНМК при поступлении в приемное отделение ОГУЗ «ТОКБ» с 76 мин в 2006 г. до 32 мин в 2008 г.;

4) снижение общей летальности от МИ в инсультном центре за 2006—2008 гг. с 33,1 до 27,6% за счет снижения летальности от субарахноидальных кровоизлияний с 58 до 40% и инфарктов мозга с 26 до 21%;

5) впервые на территории Томской области в массовом порядке внедрены различные виды нейрореабилитации: ранней, мероприятия которой проводятся в инсультном центре, а после завершения острейшего периода заболевания — санаторно-курортное лечение;

6) впервые на территории Томской области в инсультном центре создано специализированное отделение анестезиологии и реанимации для наиболее тяжелых пациентов с МИ, имеющее в своем арсенале современные технологии лечения и ухода.

## Проблемы

Для адекватной работы инсультного центра необходима круглосуточная бесперебойная работа компьютерного и (или) магнитно-резонансного томографа, оснащение отделения ангиоблоком, внедрение тромболитика; расширение оперативной активности при кровоизлияниях и массивных ишемических очагах. Для улучшения медицинской помощи больным ОНМК отдаленных сельских районов Томской области необходима организация первичных сосудистых отделений в отдельных муниципальных учреждениях здравоохранения. Актуальной проблемой остается недостаточная организация нейрореабилитационного этапа лицам пожилого возраста и пациентам с выраженным неврологическим дефицитом, не подлежащим санаторно-курортному лечению.

Отсутствует источник финансирования (за рамками областной целевой программы) дальнейшего проведения образовательных программ для повышения грамотности населения и проведения специализированных конференций, семинаров и «круглых столов» с врачами первичного звена здравоохранения и скорой медицинской помощи по разделам, касающимся сосудистых заболеваний головного мозга.

## Перспективы

Оптимальным сценарием дальнейшей оптимизации медицинской помощи больным ОНМК будет являться, по мнению авторов, включение Томской области в чис-

ло участников национальной программы «Первоочередные мероприятия по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний на 2008—2010 гг.».

Программа реализуется в РФ в течение 2 лет, в течение которых 8—10 субъектов Федерации ежегодно путем тщательного отбора включаются в число участников на условиях софинансирования за счет средств регионального и федерального бюджетов; на сегодняшний момент таких субъектов 26.

В рамках программы за счет федерального бюджета приобретается дорогостоящее оборудование (ангиограф, компьютерные томографы, рентгенооперационная, современные ультразвуковые аппараты экспертного класса с сосудистой программой и др.), что позволило бы поднять уровень оказания специализированной неврологической помощи жителям Томской области на качественно более высокий уровень.

#### Литература

1. *Алифирова В.М., Антухова О.М.* Инсульт. Эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика. Томск, 2009. 292 с.
2. *Алифирова В.М., Николаева Т.Н., Титова М.А.* Клинико-эпидемиологические показатели инсультов в Томске (на примере Кировского района) // Материалы 9-го Всерос. съезда неврологов. Ярославль, 2006. С. 362.
3. *Евзельман М.А.* Ишемический инсульт. Орел, 2003. 294 с.
4. *Инсульт: диагностика, лечение, профилактика* / под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 288 с.
5. *Скворцова В.И.* Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Прил. «Инсульт». 2007. Спецвып.: материалы 2-го Рос. междунар. конгр. «Цереброваскулярная патология и инсульт». С. 25—29.
6. *European Stroke Initiative: European stroke initiative recommendations for stroke management.* European stroke council, european neurological society and european federation of neurological societies // *Cerebrovasc. Dis.*, 2000. V. 10. P. 335—351.

Поступила в редакцию 24.09.2009 г.

Утверждена к печати 15.10.2009 г.

#### Сведения об авторах

*Д.М. Плотников* — канд. мед. наук, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии СибГМУ (г. Томск).

*О.С. Кобякова* — д-р мед. наук, заместитель начальника Департамента здравоохранения Томской области по лечебно-профилактической работе, зав. кафедрой общей врачебной практики СибГМУ (г. Томск).

*В.М. Алифирова* — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии СибГМУ, главный внештатный специалист — невролог Департамента здравоохранения Томской области (г. Томск).

*Л.Н. Алексеева* — зав. неврологическим отделением «Инсультный центр» ОГУЗ «ТОКБ» (г. Томск).

#### Для корреспонденции

*Плотников Денис Маркович*, тел. 8-913-889-3827, e-mail: mbp2001@mail.ru