

УДК 616.831 – 005 - 036.11 – 08 – 039.35

ПРОБЛЕМА ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБИГУ З ТОЧКИ ЗОРУ ЛІКАРЯ-ІНТЕНСИВІСТА

**Полінчук І.С., Туряниця С.В., Малахов П.С., Цимбал Ю.Ф.,
Арбузова В.А., Сидорко Ю.В.**

*Херсонська філія Українського НДІ медицини транспорту
Клінічна лікарня Суворовського району, м. Херсон*

Впервые поступила в редакцию 20.06.2007 г. Рекомендована к печати на заседании ученого совета НИИ медицины транспорта (протокол № 5 от 05.10.2007 г.).

Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) є однією з найбільших медико-соціальних проблем сучасного суспільства. При цій патології раптово змінюється якість життя людини: від активного члена суспільства до, в кращому випадку, інваліда, а з економічної точки зору, як би цинічно це не звучало, з платника податків на утриманця.

При загальному рівні поширеності захворювань (хворобливості населення) – 1613,7 нозологій на 1000 населення, ГПМК складають – 2,5 на 1000 населення. Однак, слід відмітити надзвичайно високий рівень летальності при вказаній патології – до 32-45%. Серед людей, які вперше отримують групу інвалідності – кожен четвертий той, хто переніс інсульт. Лише близько 20% людей після діагностованого ГПМК повертаються до роботи. До 33% із тих, хто захворів ГПМК, складають люди працездатного віку. В нашій державі щорічно реєструється, за різними джерелами, від 120 до 175 тис. випадків гострого порушення мозкового кровообігу. На сьогоднішній день в Україні проживає близько 1 млн. громадян, які перенесли ГПМК, причому 80% із них – інваліди. За прогнозами експертів ВООЗ, очікується подальше зростання захворюваності на мозковий інсульт, що зумовлено “постарінням” населення планети і зростанням розповсюдження в популяції таких факторів ризику, як артеріальна гіпертензія, гіподинамія, ожиріння, куріння тощо.

Визнаючи надзвичайну актуальність вказаної проблеми, з метою покращення

якості життя пацієнтів з ГПМК та підвищення ефективності лікувально-діагностичного процесу на всіх етапах лікування - від початку захворювання до реабілітації, координації зусиль лікарів-інтенсивістів, неврологів, нейрохірургів, реабілітологів, на базі стаціонару клінічної лікарні Суворовського району м.Херсона, з 01.01.2006 року було відкрито загальноміський інсультний центр на 55 ліжок. Готового досвіду запозичити було ніде. Адже аналогічні центри, які функціонують в деяких містах України, створювались в конкретних умовах, які не завжди можливо перенести на інші населенні пункти.

Мета дослідження

Об’єктивний аналіз роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії багатопрофільної районної (в місті) лікарні в нових умовах, в умовах існування загальноміського інсультного центру, визначення шляхів вирішення основних проблем при цьому.

Матеріали та методи

В роботі використані статистичні матеріали роботи всього стаціонару, інсультного центру, а також відділення анестезіології та інтенсивної терапії клінічної лікарні Суворовського району м. Херсона. Вказана лікувальна установа надає кваліфіковану та спеціалізовану медичну допомогу не лише жителям вказаного району міста, а і є основною базою лікування працівників Херсонського морського та річкового водного вузла. При виконанні роботи було використано метод порівняльного статистичного аналізу за аналогічні проміжки часу.

Таблиця 1

Показники роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії за період 2002 – 2006 років

Показник роботи	Рік				
	2002	2003	2004	2005	2006
Проліковано пацієнтів (чол.)	843	813	806	822	1032
Померло пацієнтів (чол.)	70	69	47	66	164
Летальність (%)	8,30	8,38	5,84	8,03	15,91

Таблиця 2

Структура летальності пацієнтів по відділенню анестезіології та інтенсивної терапії за період 2002 – 2007 років за нозологіями

Показник роботи	Рік				
	2002	2003	2004	2005	2006
Кількість померлих внаслідок ГПМК - абсолютне число (чол.) та питома вага від загальної кількості (%)	25 (35,71)	19 (27,54)	13 (27,66)	20 (30,30)	94 (57,32)
Кількість померлих внаслідок інших причин - абсолютне число (чол.) та питома вага від загальної кількості (%)	45 (64,29)	50 (72,46)	34 (72,34)	46 (69,70)	70 (42,68)
Всього	70 (100,00%)	69 (100,00)	47 (100,00%)	66 (100,00)	164 (100,00)

Таблиця 3

Структура летальності пацієнтів по відділенню анестезіології та інтенсивної терапії за період 2002 – 2007 років за віковими категоріями

Показник роботи	Рік				
	2002	2003	2004	2005	2006
Кількість померлих працездатного віку - абсолютне число (чол.) та питома вага від загальної кількості (%)	30 (42,86)	32 (46,38)	26 (55,32)	42 (63,64)	64 (39,02)
Кількість померлих - абсолютне число (чол.) та питома вага від загальної кількості (%)	40 (57,14)	37 (53,62)	21 (44,68)	24 (36,36)	100 (60,98)
Всього	70 (100,00)	69 (100,00)	47 (100,00)	66 (100,00)	164 (100,00)

Для повноти уявлення про предмет обговорення наведемо деякі статистичні показники.

Результати та обговорення

Як свідчать наведені в таблицях результати, з моменту відкриття на базі однієї з міських лікарень загальноміського інсультного центру привело до значних якісних змін роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Якщо до 2006 року це було реанімаційне відділення за-

гального профілю, то з відкриттям інсультного центру виникла необхідність більше уваги приділяти лікуванню пацієнтів з ГПМК. Це відбувалось на тлі того, що ніхто не знімав з відділення відповідальність по наданню спеціалізованої медичної допомоги тим пацієнтам з грубими порушеннями гомеостазу хірургічного та соматичного профілю, які проживають на території Суворовського району м. Херсона.

Таблиця 4

Показники роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії за 2006 рік (з моменту відкриття у стаціонарі міського інсультного центру) у порівнянні з 2005 роком

ПОКАЗНИК	2005 рік		2006 рік	
	Абсолютне число (чол.)	%	Абсолютне число (чол.)	%
Проліковано пацієнтів з ГПМК	41	4,99	160	15,50
Проліковано всього	822	100,0	1032	100,0
Померло внаслідок ГПМК	20	30,30	94	57,32
Померло всього	66	100,0	164	100,0
Летальність до 1 доби внаслідок ГПМК	6	24,00	20	40,82
Летальність до 1 доби всього	25	100,0	49	100,0
Рівень летальності внаслідок ГПМК	48,78		58,75	
Летальність (загальна)	8,06		15,91	

Таблиця 5

Показники роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії за 2006 рік

ПОКАЗНИК	Абсолютне число (чол.)	Питома вага (%)
Проліковано пацієнтів з ішемічним інсультом	78	48,75
Проліковано пацієнтів з геморагічним інсультом	82	51,25
Проліковано всього пацієнтів з ГПМК	160	100,00
Летальність внаслідок ішемічного інсульту	40	42,55
Летальність внаслідок геморагічного інсульту	54	57,45
Летальність внаслідок ГПМК загальна	94	100,00
В тому числі: чоловіки	45	47,87
жінки	49	52,13
Летальність внаслідок ГПМК в працездатному віці	32	34,04
Летальність внаслідок ГПМК в непрацездатному віці	62	65,96

В чому ж, власне, заключаються ці зміни.

1. Зросло навантаження на відділення анестезіології та інтенсивної терапії – проліковано пацієнтів на 25,55% більше у порівнянні з періодом до відкриття інсультного центру. У 2,48 рази зросла летальність по відділенню (див.таблицю 1).
2. Кардинально змінилася структура летальності по відділенню: якщо раніше питома вага померлих внаслідок ГПМК складала близько 30%, то в нових умовах цей показник досяг 57,32% (див. таблицю 2).
3. Відбулись значні зміни в структурі ле-

тальності по відділенню і структурі летальності по віковій ознаці: кількість померлих пацієнтів непрацездатного віку в 1,5 рази перевищує кількість померлих працездатного віку. Аналогічна ситуація відмічається і в структурі шпиталізації до відділення реанімації: значно переважає частина людей літнього та старечого віку (див. таблицю 3).

4. Загальна кількість тих, хто був пролікований у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії з діагнозом "ГПМК", протягом 2006 року зросла в 4 рази, летальність внаслідок інсультів зросла в 4,5 рази. Зростан-

ня летальності обумовлене за рахунок різкого зростання питомої ваги осіб літнього та старечого віку, які мають велике розмаїття супутньої соматичної патології, де проводиться лише консервативне лікування (див. таблицю 4).

5. За структурою шпиталізації пацієнти з ішемічними та геморагічними інсультами розподілились майже порівну: 48,75% та 5,25% відповідно. Однак, в структурі летальності переважають геморагічні інсульти – 57,45%. За статевою ознакою: серед померлих кількість померлих чоловічої статі – 47,87%, жіночої статі – 52,13%, що майже ідеально відображає співвідношення людей за статевою ознакою в загальній популяції населення. Серед померлих внаслідок ГПМК 34,04% склали люди працездатного віку, решта – непрацездатного віку (див. таблицю 5).

Перший рік роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії, в умовах існування загальноміського інсультного центру, був роком переоцінки цінностей, переглядом деяких підходів в питаннях інтенсивної терапії, накопичення досвіду, але, на жаль, інколи і помилок. Жодні методологічні розробки, які існують на сьогоднішній день і рекомендуються провідними науковими закладами, профільними кафедрами нашої держави та рекомендації закордонних фахівців не виявились ідеальними.

Не вдаючись в технічні питання на етапах надання медичної допомоги пацієнтам з ГПМК (невідкладна допомога при транспортуванні в стаціонар, діагностика, курс інтенсивної терапії у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії в поєднанні з консервативним або з оперативним лікуванням, лікування та рання реабілітація у інсультному центрі, медична, соціальна та професійна реабілітація за місцем проживання), маючи певний досвід роботи, хотілось би виділити основні, вузлові проблеми, які рано, чи пізно виникають при наданні медичної допомо-

ги пацієнтам з ГПМК.

Організаційний блок проблем

- Організаційні проблеми, на жаль, виникають на всіх етапах надання медичної допомоги пацієнтам з ГПМК. Ідеальним можна вважати таку ситуацію, коли період від початку захворювання до надання спеціалізованої медичної допомоги (консервативної – системний або локальний тромболізис, оперативної – ендovasкулярне втручання або трепанації черепа) вкладається в період т.з. “терапевтичного вікна”, тобто в той період, коли зміни в самій тканині головного мозку є зворотніми. Цей період, за різними даними, складає від 3 до 6 годин.
- Для того, щоб виконати вказану умову необхідна можливість для проведення цілодобової нейровізуалізації – аксілярної томографії (при необхідності з контрастним підсиленням) або магнітно-резонансної томографії головного мозку.
- Для практичної реалізації спеціалізованої допомоги пацієнтам з ГПМК, в період “терапевтичного вікна”, необхідне відповідне фармакологічне забезпечення (саме головне – наявність сучасних тромболітиків) у випадку консервативної терапії при ішемічному інсульті, а також наявність можливості для оперативного виконання ангіографії судин головного мозку з подальшим вибором оптимального методу оперативного втручання.
- Відсутність вказаних умов не дозволяє надати спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГПМК на сучасному рівні.
- Вік пацієнта та наявність супутньої патології є тими факторами, які іноді стримують проведення інтенсивної терапії та спеціалізованого лікування в повному обсязі. Звичайно, не претендуючи на “цінні вказівки” з цього приводу, хотілось лише зазначити те,

що, в будь-якому випадку, необхідно діяти в інтересах пацієнта та його близьких.

- Пункт останній, який, напевне, потрібно було б поставити на перше місце. Від самого початку і на всіх етапах лікування необхідно інформувати пацієнта (в деонтологічних рамках), а його найближчих родичів або людей, що юридично представляють інтереси останнього, в повному обсязі про всі діагностичні та лікувальні заходи з письмовим оформленням відповідних юридичних документів. Це дозволить працювати лікарям спокійно та впевнено і дасть можливість запобігти непорозумінням в майбутньому.

Методологічний блок проблем

- Рік, який минув, переконливо довів, що стандарти та алгоритми надання медичної допомоги пацієнтам з ГПМК, які пропонуються провідними профільними кафедрами, ще далекі від "ідеалу" і потребують постійного вдосконалення.
- На сьогоднішній день, не дивлячись на надзвичайно високу (читай – нав'язливу) активність деяких фармацевтичних компаній, не існує "панациї", яка могла зразу і ефективно вилікувати пацієнта з ГПМК, яке вже сталося.
- Ефективна медична допомога із задовільними наслідками можлива в тих випадках, коли життєво-важливі ділянки головного мозку залишаються інтактними, тоді, коли лікувальний процес організується швидко, з глибоким розумінням патогенезу вказаної патології та використанням сучасних фармакологічних препаратів в достатніх дозуваннях.

Медико-соціальний та фінансовий блок проблем

- ГПМК – це та патологія, яка раптово змінює якість життя не лише самого пацієнта, його родичів та оточення.
- Наука фармакоеконіміка дає мож-

ливість вирахувати не лише фінансові затрати на всіх етапах лікування та реабілітації, але і вирахувати теоретичні та реальні втрати від непрацездатності (тимчасової або постійної) конкретного громадянина. Страхова медицина, перші паростки котрої з'явилися в нашій державі, дасть можливість не методом вмовляння та переконання, а реальними фінансовими санкціями стимулювати пошуки та реалізації найбільш ефективної медичної допомоги пацієнтам з ГПМК.

- На етапах реабілітації пацієнтів – проблема ГПМК перестає бути лише медичною. Ця проблема набуває все більше соціальних ознак: максимальне сприяння до комфортного існування пацієнта в новому для нього стані та, по можливості, професійна реабілітація.

Висновки

1. Концентрація пацієнтів з монопрофільною патологією (в даному випадку – ГПМК) – є логічним, дозволяє проводити лікувально-діагностичний процес з максимально можливою для конкретного регіону ефективністю.
2. Аналіз роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії загальнопрофілю переконливо доводить ті якісні зміни, які відбуваються за умови існування на базі лікувальної установи загально міського інсультного центру.
3. Глибокий аналіз роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії за минулий період дозволив виявити основні вузлові проблеми, сформувавши власний погляд та виробити рекомендації по перерозподілу ресурсів галузі з метою найбільш оптимального лікування пацієнтів з ГПМК.

Література

1. Волошин П.В., Яворська В.О., Фомін Ю. та ін.// Сучасна організація допомоги хворим з інсультами: Освітні програми, активна тактика в гостро-

- му періоді і повноцінна реабілітація./ Журнал “Нова медицина”, №3/2005, с.16-31.
2. Баркаган З.С., Момот А.П. // Диагностика и контролируемая терапия нарушенной гемостаза.- М.: Нью-Диамед, 2001. – 2 изд., дополнен., 296 ст.
 3. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. и др. //Журн. неврол. и психиатр. – 2003 – Вып.9. – Приложение. – С. 114.
 4. Зозуля І.С., Боброва В.І.// Методика неврологічного дослідження експрес-діагностики і диференціації церебральних і соматичних коматозних станів. – Журнал “Острые и неотложные состояния в практике врача”, №1/2007, с.32-37.
 5. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия: Руководство для врачей. М. Медицина. 2000 – 568с.
 6. Покровский А.В. // Журн. неврол. и психиатр. – 2003 – Вып.9. – Приложение. – С. 96-97.
 7. Яворська В.О., Грицай Н.М. та ін.// Роль системи гемостазу при порушеннях мозкового кровообігу. – К.: Книга, 2004, - 192ст.
 8. Яворська В.О., Фомін Ю. та ін.// Тромболітична терапія при інсульті. - Журнал “Нова медицина”, №3/2005, с.40-45.
 9. Cold E.G., Dhal B.L. Topics in neuroanaesthesia and neurointensive care. Berlin, Helderberg, New York: Springer-Verlag. – 2002. – pp. 416.
 10. Warlow C.P., Dennis M.S., Gijn J at al. Инсульт: Практическое руководство для ведения больных. – СПб., 1998.

Резюме

ПРОБЛЕМА ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВРАЧА-ИНТЕНСИВИСТА

Полинчук И.С., Туряница С.В., Малахов П.С., Цимбал Ю.Ф., Арбузова В.А., Сидорко Ю.В.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) — одна из самых

острых медико-социальных проблем современного общества. При этой патологии внезапно изменяется качество жизни человека: от активного члена общества до инвалида, а с экономической точки зрения, с плательщика налогов до человека, требующего помощи государства.

В связи с этим рассмотрены блоки организационных, методических, медико-социальных и финансовых проблем, которые существуют в реабилитации этого контингента пациентов на примере общегородского инсультного центра при Клинической больнице Суворовского района г. Херсона.

Summary

PROBLEM OF THE ACUTE DISTURBANCE OF CEREBRAL CIRCULATION FROM THE POINT OF VIEW OF A DOCTOR-INTENSIVIST

Polinchuck I.S., Turianitsa S.V., Malakhov S.V., Tsybmal Yu.F., Arbuzova V.A., Sidorko Yu.V.

Acute disorders of brain blood circulation (insult) is one of most medical and social problems of modern society. At this pathology quality of life of man changes suddenly.

Among people which get the group of disability first - the every fourth is that, who carried an insult. Only about 20% people after an insult go back to an own profession. In our state annually registered from 120 to 175 thousand of incidents of acute disorders of brain blood circulation. For today in Ukraine lives about 1 million persons which carried an insult. About 80% from them is invalids. With the purpose of improvement of quality of life of patients after insult and increase of efficiency of medical process, on the base of clinical hospital of the Suworov's district of Kherson, from 01.01.2006 year was opened a city insult's center on 55 beds.

In the article work of department of anesteziology and intensive care is analyzed in the conditions of functioning of insult's center. The ways of working out basic problems are set.