

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАМКНУТОГО ЦИКЛА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНСУЛЬТОМ

*О.А.Иванцов\**, *Т.М.Шаршакова\*\**, *Н.Н.Усова\*\**

\*У «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»,

\*\*УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Гомель, Республика Беларусь

## ***Введение***

Медико-организационные технологии в современном здравоохранении являются важнейшим фактором эффективного использования финансовых средств и получения оптимальных результатов при наименьших затратах. При этом использование инновационных методик не только способствует улучшению лечения пациентов, но и в целом повышает качество медицинского обслуживания населения и удовлетворенность его результатами. Новые подходы к организации оказания медицинской помощи позволяют более эффективно использовать имеющиеся кадровые и материальные ресурсы с уменьшением затрат на здравоохранение.

Актуальность совершенствования медицинской помощи пациентам с ОНМК обусловлена тем, что сосудистые заболевания головного мозга являются одной из ведущих причин инвалидизации и смертности, и признаются значимой медико-социальной проблемой здравоохранения во многих странах, в том числе в нашей. В Республике Беларусь заболеваемость инсультом в течение последних лет колеблется около 296 случаев на 100 тыс. населения, а по данным эпидемиологических исследований удельный вес случаев инсульта у лиц трудоспособного возраста достигает 23,7% [1].

Социально-экономическое значение мозгового инсульта обусловлено также тем, что он является причиной стремительного роста расходов на стационарную помощь. В экономически развитых странах (США, Великобритания, Шотландия и Нидерланды) на оказание медицинской помощи при мозговом инсульте приходится около 3–4% всех расходов на здравоохранение [2].

В Финляндии 6,1% всех расходов на здравоохранение и медико-социальную помощь приходится на пациентов с инсультом [2], а в Великобритании годовые суммарные общественные затраты (прямые и непрямые), связанные с оказанием помощи пациентам с инсультом, оцениваются в 8,9 млрд. фунтов стерлингов [3]. Годовые затраты на лечение и уход на одного пациента, перенесшего инсульт, в Германии достигают 109 тыс. евро [4].

В США стоимость 1 случая лечения инсульта, в зависимости от тяжести состояния и проводимого лечения, составляет от 3300 до 23800 долларов. Общие годовые расходы, отражающие этапное лечение острого мозгового инсульта как события, долгосрочное лечение, профилактику и социальный уход составили около 65,5 млрд. долларов. Показано, что проведение тромболиза пациентам с инфарктом мозга в острой фазе болезни в условиях отделений интенсивной терапии уменьшает летальность на 17%, а развитие инвалидности на 25% [5].

Внедрение новых медико-организационных технологий, характеризующихся замкнутой системой медицинского обслуживания пациентов с инсультом на базе одного стационара с использованием индивидуальных программ вторичной профилактики и реабилитации является актуальным и перспективным вопросом здравоохранения. Новый организационно-методический подход к организации инсультной помощи позволит повысить качество ее оказания, снизить смертность, уменьшить выход на инвалидность и улучшить качество жизни пациентов после перенесенного нарушения мозгового кровообращения.

**Цель** Описание методики организации непрерывного замкнутого цикла помощи пациентам с инсультом и преинсультными состояниями, внедренной на базе учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ».

#### ***Материалы и методы***

Инновационная система организации медицинской помощи пациентам с инсультом внедрена на базе учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» и состоит из 4 этапов.

#### ***Первый этап (приемное отделение)***

На первом этапе лечения пациент с ОНМК поступает в приемное отделение стационара, где осматривается мультидисциплинарной бригадой специалистов, включающей врачей: невролога, терапевта, реаниматолога, а при необходимости докторов других специальностей – сосудистого хирурга, нейрохирурга. В приемном отделении выполняются электрокардиография, общий и биохимический анализы крови, коагулограмма, компьютерная томография головного мозга, рентгенография.

После выполнения стандартной схемы обследования врачами бригады принимается решение о дальнейшей тактике ведения пациента, в том числе о проведении тромболитической терапии при инфаркте головного мозга, определяются показания к экстренным нейрохирургическим вмешательствам и операциям на брахиоцефальных сосудах.

С целью обеспечения высокой скорости оформления пациента и беспрепятственного передвижения его в пределах стационара в приемном

отделении круглосуточно дежурят 4 сотрудника из числа среднего и младшего медицинского персонала. Также непрерывно работают кабинеты компьютерной томографии и рентгеновского обследования, имеется доступ к ультразвуковому аппарату и доплерографу для быстрого осуществления дифференциальной диагностики вида нарушения мозгового кровообращения и определения патогенетический подтип инфаркта мозга.

### ***Второй этап (инсультное отделение)***

На втором этапе лечения в зависимости от предварительного диагноза и тяжести состояния пациент госпитализируется в отделение реанимации и интенсивной терапии, блок интенсивной терапии при инсультном неврологическом отделении, линейную палату данного отделения. На этом этапе проходит лечение острого периода нарушения мозгового кровообращения в среднем в течение 2 недель, направленное на стабилизацию состояния пациента, определение этиологии инсульта, проведение мероприятий ранней реабилитации.

### ***Третий этап (реабилитационные отделения)***

Третьим этапом терапии ОНМК является реабилитационный, который включает раннюю (до 1 года) и позднюю (после 1 года) постинсультную медицинскую реабилитацию, проходящую в соответствующих подразделениях стационара. Это позволяет пациенту полностью пройти курс восстановительного лечения, не выходя за пределы одного учреждения.

### ***Четвертый этап (отделение хирургии преинсультных состояний и инсультная школа)***

Четвертым этапом помощи пациентам с нарушениями мозгового кровообращения является разработка мероприятий вторичной профилактики повторного инсульта с определением показаний к оперативному лечению патологии экстракраниальных сосудов и выполнением ангиохирургических вмешательств в сосудистом отделении. Кроме стационарной помощи открыт кабинет амбулаторного приема сосудистого хирурга, где оказывается консультативная помощь лицам с патологией брахиоцефальных сосудов и отбираются пациенты для выполнения вмешательств на сосудах с целью первичной профилактики нарушений мозгового кровообращения.

С целью первичной и вторичной профилактики инсультов и обучения пациентов и их родственников основам ухода и реабилитации на амбулаторном этапе ОНМК в учреждении организована инсультная школа, занятия которой проводятся ежемесячно для всех желающих на базе стационара.

### ***Результаты и обсуждение***

Данная методика может использоваться в специализированных стационарах и многопрофильных больницах любого уровня при наличии стандартного клиничко-функционального оборудования, рентгеновского компьютерного томографа, реабилитационного отделения или кабинета, специалиста по сосудистой хирургии.

Преимуществами данного способа лечения являются:

- повышение качества оказания помощи пациентам с инсультами, уменьшение смертности, улучшение функциональных исходов и качества жизни данного контингента лиц;

- возможность более эффективного использования имеющихся кадровых и материальных ресурсов для осуществления помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в современных социально-экономических условиях;

- отсутствие противопоказаний и побочных эффектов.

### ***Заключение***

Таким образом, описанная методика позволяет значительно улучшить оказание медицинской помощи пациентам с инсультом, сосредоточив весь необходимый кадровый потенциал и оборудование на базе одного стационара.

### ***Литература***

1. Кулеш, С.Д. Мозговой инсульт: комплексный анализ региональных эпидемиологических данных и современные подходы к снижению заболеваемости, инвалидности и смертности: монография / С.Д.Кулеш. – Гродно: ГрМУ, 2012. – 204 с.
2. Evers, S.M. Economic evaluation in stroke research: A systematic review / S.M.Evers, A.J.Ament, G.Blaauw // Stroke. – 2000. – № 5 (31). – P.1046–1053.
3. Epstein, D. The hospital cost of care for stroke in nine European countries / D.Epstein, A.Mason, A.Manca // Health Economics. – 2008. – №17, Suppl. 1. – P.21–31.
4. Dodel, R.C. Resource Utilization and Costs of Stroke Unit Care in Germany / R.C.Dodel [et al.] // Value health. – 2004. – № 2 (7). – P.144–152.
5. Hacke, W. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke / W.Hacke [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2008. – № 359 (13). – P.1317–1329.