

УДК 616–083.98:616.831–005

Аналіз надання медичної допомоги хворим на гострі порушення мозкового кровообігу на догоспітальному етапі

*М. Г. Левицький, К. Н. Левицька, С. М. Комісарик,
В. М. Комісарик, Л. П. Степаненко*

Вузлова лікарня на станції Ковель Львівської залізниці



Ключові слова: гостре порушення мозкового кровообігу, діагностика, медична допомога, госпіталізація, смертність.

Питання ранньої діагностики та своєчасного надання якісної медичної допомоги хворим на гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) є актуальною проблемою неврології [4, 5, 7, 8].

За даними Міністерства охорони здоров'я України, за останні 10 років поширеність цереброваскулярних захворювань зросла в 1,8 разу, кожні 3 хвилини в Україні виникає новий випадок інсульту [2, 5, 8].

Медико-соціальна значущість цієї проблеми пов'язана з високою смертністю, глибокою інвалідизацією, значним впливом судинної патології на інтелектуальний потенціал та працездатність населення.

Мета роботи — вивчити стан діагностики та надання медичної допомоги у вузловій лікарні на ст. Ковель хворим на ГПМК на догоспітальному етапі, визначити шляхи поліпшення якості медичного обслуговування цієї категорії пацієнтів.

Матеріали і методи

Ми ґрунтовно проаналізували випадки захворювання, смерті (летальності) та надання медичної допомоги хворим на ГПМК у вікових групах дорослого населення, що його обслуговують у вузловій лікарні на ст. Ковель. Задля цього опрацювали 188 медичних карт амбулаторних хворих (ф. 025/о) та 234 історії хвороби (ф. 003/о) пацієнтів, у яких було зареєстроване гостре цереброваскулярне захворювання протягом 2004–2006 років.

Результати та обговорення

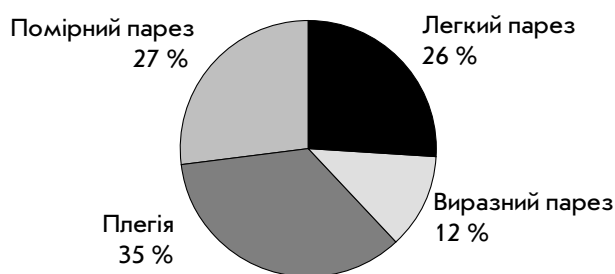
За нашими даними, частота нових випадків інсультів становить 5,2 на 1000 дорослого населення за рік. Виявили, що частка неуточнених діагнозів ГПМК під час першого лікарського огляду хворого є досить високою: 42,6%. У 82,8% пацієнтів спостерігалася артеріальна гіпертензія.

Первинне діагностування ГПМК та надання медичної допомоги здійснювали лікарі швидкої допомоги (72,5%) та дільничні терапевти (27,5%). Протягом першої години лікарську допомогу отримали 89,4% хворих. Після надання невідкладної допомоги, стабілізації стану пацієнта у 54,9% випадків бригади швидкої допомоги доправляли хворих у вузлову лікарню. У разі утрудненої діагностики чи нетранспортабельності хворого невропатолог оглядав його вдома (42,6%).

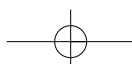
Аналізуючи ступінь порушення свідомості внаслідок ГПМК, виявили, що коматозний стан зареєстровано в 11,5% випадків, сопор — у 18,4%, непритомність — у 20,0%, повністю збережену свідомість — у 50,1%.

Частоту та виразність рухових порушень у гострому періоді інсульту подано на мал. 1.

У лікувальних призначеннях «домашнім» хворим під час первинного огляду лікарі надавали перевагу гіпотензивним, серцевим, протиаритміч-



Мал. 1. Частота і виразність рухових порушень у гострому періоді інсульту



ним, судинорозширювальним засобам. Згідно з отриманими даними, у 37% випадків призначали серцеві та протигіпертензивні засоби, у 18,4% — антикоагулянти та антиагреганти, у 3,4% — дегідратаційну терапію та засоби, що підвищують зсідання крові.

В організації медичної допомоги хворим із ГПМК центральне місце посідає питання доцільності та можливості госпіталізації. До уваги беруть тяжкість клінічної картини, тип цереброваскулярних порушень, вік пацієнта, можливість догляду за хворим вдома. Отримані результати свідчать, що частота скерування на неврологічне ліжко дорівнює в середньому 71%. У різних вікових групах цей показник не однаковий: хворих із ГПМК віком до 60 років скеровують частіше — у 85,7% випадків, після 60 років — у 51,4%.

Аналіз типу порушень у госпіталізованих хворих наведено в табл. 1.

Порівняння показника смертності внаслідок інсульту, що ускладнився мозковою комою, не виявило значної переваги стаціонарного лікування: смертність удома — 98,7%, летальність — 97,3%. Ці дані свідчать, що госпіталізація хворих у такому стані не поліпшує прогнозу. Хворих у стані сопору скеровували до стаціонару в 70% випадків (смертність удома становить 76,1%), із непритомністю — у 74,0% (смертність удома — 20%), без порушень свідомості — у 65,1% (смертність удома — 6,1%).

Загальний відсоток померлих в гострому періоді за місцем проживання є вищим, ніж у лікарні, що збігається з літературними даними [1, 3, 4, 7]. Протягом першої години вдома померли 2,5% хворих, у лікарні — 0,3% загальної кількості померлих. У перші 6 годин ці показники дорівнювали відповідно 13,1 та 2,5%, а протягом першої доби — 42,2 та 8,4% (мал. 2).

Зазначені відмінності між смертністю «домашніх» та госпіталізованих хворих можна пояснити певним відбором пацієнтів під час скерування їх до стаціонару та можливістю призначати в гострому періоді в умовах неврологічного відді-

лення більш агресивне та ефективне лікування. Те, що стан залишених удома хворих є тяжчим, засвідчує частота зареєстрованих у них коматозних станів.

Патологоанатомічні дослідження випадків смерті за місцем проживання частіше, ніж у госпіталізованих хворих, виявляли масивні церебральні вогнища та набряк головного мозку із синдромом «уклинення». Ці факти підтверджують думку лікарів-практиків про те, що особи старшої вікової групи (понад 70 років) мають гірший прогноз, тому їх частіше для лікування залишають удома [1, 4, 6].

Висновки

Для того щоб поліпшити надання медичної допомоги хворим із ГПМК на догоспітальному етапі, потрібно розробити чіткі стандарти, у яких, окрім діагностичних критеріїв і тактики лікування залежно від типу порушень, зазначити показання щодо скерування у відділення з урахуванням доцільності та можливості госпіталізації.

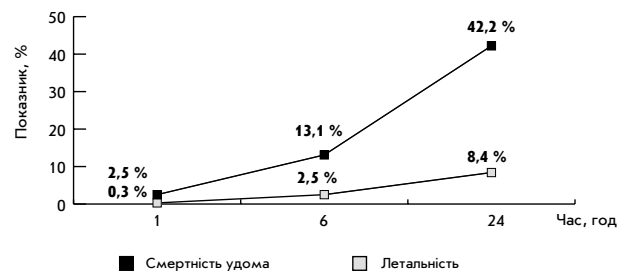
Великий обсяг діагностичної, лікувальної та організаційної роботи припадає на дільничних терапевтів та лікарів швидкої допомоги. З огляду на це потрібно підвищувати їхній фаховий рівень із розділу ГПМК — обов'язково скеровувати їх на тематичні вдосконалення.

Поліпшення координації та взаємодії лікарів швидкої допомоги, дільничних терапевтів та невропатологів поліклінік дасть змогу підвищити рівень діагностики цереброваскулярних порушень, прискорить початок комплексного патогенетичного лікування в кожному разі, підвищить якість медичної допомоги на догоспітальному етапі.

Таблиця 1

Типи порушень мозкового кровообігу в госпіталізованих хворих

Тип порушення мозкового кровообігу	Частота виявлення, %
Транзиторна ішемія	71,1
Інфаркт головного мозку	19,9
Геморагічний інсульт	9,0



Мал. 2. Показники смертності вдома та летальності залежно від часу, що минув від появи перших проявів ГПМК

Цитована література

1. *Виберс Д. О.* Руководство по цереброваскулярным заболеваниям: Пер. с англ / Д. О. Виберс, В. Л. Фейгин, Р. Д. Браун.— М., 1999.— 672 с.
2. *Евстигнеев В. В.* Состояние и перспективы изучения сосудистой патологии головного мозга / В. В. Евстигнеев, А. С. Федулов // *Здравоохранение.*— 1998.— № 6.— С. 26–32.
3. *Инсульт.* Практическое руководство для ведения больных / Ч. П. Ворлоу, М. С. Деннис, Ж. ван Гейн и др.— СПб.: Политехника, 1998.— 629 с.
4. *Москаленко В. Ф.* Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку / В. Ф. Москаленко, П. В. Волошин, П. Р. Петрошенко // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2001.— Т. 9, вип. 1.— С. 5–7.
5. *Полищук Н. Е.* Что делать? Или необходимость организационных изменений в борьбе с инсультом в Украине / Н. Е. Полищук, Д. С. Гуляев // *Доктор.*— 2003.— № 3.— С. 7–9.
6. *Трошин В. Д.* Острые нарушения мозгового кровообращения / В. Д. Трошин, А. В. Густов, О. В. Трошин // *НГМА.*— Н. Новгород, 2000.— 437 с.
7. *Шевага В. М.* Захворювання нервової системи / В. М. Шевага, А. В. Паєнок.— Л.: Світ, 2004.— 519 с.
8. *Kjellstrom T.* Епідеміологія інсульту // *Укр. кардіол. журн.*— 2002.— № 1.— С. 9–10.

Анализ оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на догоспитальном этапе

М. Г. Левицкий, Е. Н. Левицкая, С. М. Комиссарик, В. М. Комиссарик, Л. П. Степаненко

В статье представлен анализ организации и оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в узловой железнодорожной больнице на станции Ковель за период с 2004 по 2006 год. Предложены пути усовершенствования медицинской помощи на догоспитальном этапе. Обращено внимание на необходимость повышения квалификации врачей скорой помощи и участковых терапевтов в вопросах рассмотренной патологии.

The analysis of medical care to patients with cerebrovascular accident on pre-hospitalization stage

M. H. Levyts'kyi, K. N. Levyts'ka, S. M. Komisaryk, V. M. Komisaryk, L. P. Stepanenko

The article presents the analysis of organization and providing of pre-hospital medical care to patients with cerebrovascular accident during the period of years 2004–2006. The ways of improvement of medical care before hospitalization have been proposed. The attention is paid to the necessity of advanced training of emergency doctors and general physicians in the matter of this pathology.