

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Уральская государственная медицинская академия.*

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности. В Российской Федерации заболеваемость «цереброваскулярными болезнями» оценивается как 350-400 человек на 100 тыс. населения [1,3]. Официальной статистики заболеваемости инсультом в стране не существует, по данным ряда регистров инсульта, оно в 1,5-2 раза ниже указанных величин. Показатели смертности за последние 15 лет повысились на 18% и достигли 280 человек на 100 тыс. населения, и в то время как в экономически развитых странах эти цифры прогрессивно снижаются. Смертность от сосудистых заболеваний мозга в нашей стране занимает в структуре общей смертности второе место, не намного уступая кардиоваскулярным заболеваниям. Летальность в острой стадии всех видов инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности. В России проживают свыше 1 млн. человек, перенесших инсульт, при этом третью часть их составляют лица трудоспособного возраста, к труду же возвращается только каждый четвертый больной [1,2].

В Свердловской области в 2003 году от инсульта погибло 2885 человек. В целом смертность от цереброваскулярной патологии в Свердловской области опережает все другие причины (травмы, отравления, онкология) и составляет 16-18% (15-17 тыс. больных в год) [2,4].

Неврологическое отделение ЦГБ № 24 открыто в 1984 году. Оно оказывает экстренную и плановую помощь жителям города и области.

С 2003 по 2005 года число поступающих больных в неврологическое отделение ЦГБ № 24 возрастает, в связи с этим в сентябре 2005 года отделение расширено до 65 коек, из которых 45 работают на неотложную помощь.

В последние годы в г. Екатеринбурге отмечается рост заболеваемости и госпитализации по поводу инсульта.

По характеру процесса инсульты разделяют на две группы: геморрагические и ишемические.

Геморрагических инсультов в течение последних 3-х лет остается примерно на одном уровне, число ишемических инсультов за это же время имеет тенденцию к увеличению (табл. 1).

Это связано с ускорением темпа жизни, кризисными ситуациями в стране и личной жизни, избыточным весом, вредными привычками, своевременно не выявленной и не леченой гипертонической болезнью, отказом от профилактического и диспансерного наблюдения из-за дефицита времени.

Летальность от острых нарушений мозгового кровообращения из года в год остается высокой, особенно от геморрагического инсульта, как в г. Екатеринбурге, так и в ЦГБ № 24, но при этом отмечается динамика к ее уменьшению (табл. 2).

Более высокая летальность от геморрагического инсульта в неврологическом отделении ЦГБ № 24 объясняется тем, что около 100% больных поступают в неотложном порядке, против 45-57% в г. Екатеринбурге.

В больнице с февраля 2005г. установлен компьютерный томограф, при помощи которого можно с большей достоверностью дифференцировать острые нарушения мозгового кровообращения и расположение очагов поражения головного мозга. Всего исследований головного мозга по направлению отделения - 193. Выявленная патология составляет - 74%, из них ишемических и геморрагических инсультов - 48%. Для более эффективной диагностики и лечения сосудистой патологии в отделении проводится ультразвуковое доплерографическое исследование сосудов головного мозга и шеи.

Особое внимание уделяется организации экстренной помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Дифференциальная диагностика инсультов проводится с первых минут поступления больного в стационар, после чего начинается интенсивная терапия в палате ПРИТ, укомплектованной круглосуточным постом и оборудованной всем необходимым для оказания неотложной и реанимационной помощи. В отделение применяются современные методы лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, применяются лекарственные препараты с позиций доказательной медицины, в соответствии с Лекарственным формуляром, утвержденным Министерством Свердловской области.

Совершенно очевидно, что своевременная дифференциальная диагностика острых нарушений мозгового кровообращения, также как и начало целенаправленного лечения в период терапевтического окна (до 6-и часов от начала развития заболевания) предопределяет результаты, как на ранних, так и на поздних этапах заболевания.

Таблица 1

Показатели госпитализации больных с ОНМК г. Екатеринбурга и неврологического отделения ЦГБ № 24

Наименование МЭС	Кол-во госпитализаций											
	2003 год				2004 год				2005 год			
	г. Екатеринбург		Невр.отд. ЦГБ 24		г.Екатеринбург		Невр.отд. ЦГБ 24		г.Екатеринбург		Невр.отд. ЦГБ 24	
	Всего	в т.ч. экстр %	Всего	в т.ч. экстр %	Всего	в т.ч. экстр %	Всего	в т.ч. экстр %	Всего	в т.ч. экстр %	Всего	в т.ч. экстр %
Геморрагические инсульты	445	62,5	45	100,0	341	52,2	34	100,0	411	57,4	52	100,0
Ишемические инсульты	3734	79,1	296	100,0	3664	73,25	300	100,0	4059	69,7	303	96,4

Таблица 2

Данные летальных случаев с ОНМК г. Екатеринбурга и неврологического отделения ЦГБ № 24

Наименование МЭС	Летальность											
	2003 год				2004 год				2005 год			
	г.Екатеринбург		Невр.отд. ЦГБ 24		г.Екатеринбург		Невр.отд. ЦГБ 24		г.Екатеринбург		Невр.отд. ЦГБ 24	
	Всего	% от поступивших	Всего	% от поступивших	Всего	% от поступивших	Всего	% от поступивших	Всего	% от поступивших	Всего	% от поступивших
Геморрагические инсульты	164	36,9	33	73,3	122	35,8	28	82,4	134	32,6	30	56,8
Ишемические инсульты	465	12,5	51	17,2	415	11,3	57	17,7	420	10,3	45	14,9%

Таблица 3

Средний койко-день неврологического отделения ЦГБ № 24 в сравнение с городским и федеральным нормативом

	Федеральный норматив	г. Екатеринбург	Неврологическое отд. ЦГБ № 24		
			В целом по неврологическому отделению	Геморрагический инсульт	Ишемический инсульт
Средний койко-день	16,3	15,0	13,2	16,8	14,9

Так, лечение ишемического инсульта включает два основных направления: базисную и дифференцированную терапию. Базисная терапия направлена на нормализацию жизненно важных функций, стабилизацию АД (на уровне превышающим на 10-15 мм рт. ст. адаптированные значения для больного), борьбу с отеком головного мозга, купирование вегетативных нарушений и судорожного синдрома. В отделении проводится дифференцированная терапия ишемического инсульта в соответствии с патогенетическим вариантом, локализацией и распространенностью очага поражения. Она также включает два основных направления: терапевтическую реперфузию и нейропротекцию. Кроме того, являются актуальными репаративно-регенерационная терапия и вторичная профилактика инсульта.

Терапевтическая реперфузия наиболее эффективна в первые часы развития инсульта. При отсроченном применении (спустя 6 часов с момента развития заболевания) возрастает риск реперфузионного повреждения и геморрагических трансформаций ишемического очага. С целью реперфузии нами применяется гепарин по 2,5 тыс. МЕ 4 раза в день п/к живота, а также фраксипарин или клексан. Применение антикоагулянтной терапии оправдано в двух основных случаях: прогрессирующее течение заболевания вследствие нарастающего атеротромбоза и подтвержденная кардиоцеребральная эмболия. Ограничения к ее назначению: стойкое повышение АД (систолическое - выше 180 мм рт. ст.), кома эпилептические припадки, тяжелые заболевания печени, почек, различные геморрагические синдромы. Второе направление – нейропротекция – не требует предварительного нейровизуализационного исследования, так как не сопряжено с риском геморрагических осложнений. В дальнейшем на 3-5 сутки больные переводятся из ПРИТ в отделение, где сразу же назначается массаж, электропроцедуры, ЛФК. С больными, страдающими афазией, работает врач-логопед.

Применяя комплексный подход в лечении острых нарушений мозгового кровообращения, удалось снизить средний койко-день за последние 2 года (табл. 3), который ниже федеральных нормативов (16,3 дней), а также сложившихся в неврологических отделениях г.Екатеринбурга (15,0).

Основными задачами, стоящими перед отделением стоит снижение летальности, временных трудовых потерь и предотвращение инвалидизации после перенесенных инсультов, а также проведение реабилитационных мероприятий, включающих профилактику повторных инсультов. Этого можно достичь следующими путями:

1. Совершенствованием системы организации работы отделения, в том числе обеспечением преемственности на всех этапах оказания

- помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
2. Улучшением дифференциальной диагностики.
 3. Применением патогенетической медикаментозной терапии с позиций доказательной медицины.
 4. Повышением профессиональных навыков медицинского персонала отделения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагина Н.В., Пирадова М.А., Суслиной З.А. Инсульт. Принципы диагностики лечения и профилактики. - М., 2002.
2. Белкин А.А., Волкова Л.И. Современные аспекты эпидемиологии, патофизиологии, этиологии инсульта // Уральский медицинский журнал. - 2005. - № 1.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Платонова И.А. Терапия ишемического инсульта // Неврология. - 2003.

ГЕРАСИМОВ А.А.

РОЛЬ КОСТНОЙ ТКАНИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ОРГАНИЗМА

Уральская государственная медицинская академии

В последние десятилетия физиологами изучены новые анатомо-функциональные особенности костной ткани. Костная ткань богато иннервирована симпатической нервной системой [13], представительство от остеорецепторов в головном мозге в несколько раз больше, чем от кожных покровов и мышц. Воздействие на костные рецепторы в 20 раз сильнее, чем воздействие на точки акупунктуры [19]. Болевые явления возникают в костной ткани в результате раздражения остеорецепторов, которые расположены в сосудах костей. Рецепторы реагируют на уменьшение парциального давления кислорода в костях. При уменьшении кровообращения костей увеличивается интенсивность боли [6]. Эти данные подтвердил А.А.Герасимов в докторской диссертации [1].

Нарушение кровообращения в костях является первичным в отношении дистрофических явлений в межпозвоночных дисках. Известно, питание гиалинового хряща происходит за счет диффузии из прилежащей костной ткани позвонков и суставов. Даже небольшие нарушения прямого артериального кровоснабжения кости приводит к резкому уменьшению процессов диффузии веществ в хрящевую ткань. Затем наступают дистрофические явления в дисках и суставах [5,8].

У детей эти явления возникают в участках костей с аномальными и