

# Инсультный блок (stroke unit) в системе оказания специализированной помощи пациентам с сосудистыми мозговыми катастрофами

**Новые знания о патофизиологических механизмах острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) и новые технологии диагностики, лечения и профилактики стремительно преобразуют клиническую практику оказания помощи пациентам с инсультом. Это неотложное состояние требует немедленного распознавания и адекватного лечения. Вмешательства эффективны в очень короткий период времени – 4-6 ч от начала симптомов, что вынуждает реформировать инсультную службу в соответствии с концепцией «время – мозг». Опыт развитых стран свидетельствует о том, что адекватная и своевременная госпитальная помощь при инсульте в полном объеме может быть оказана в профильных цереброваскулярных центрах, специализированных отделениях или блоках, которые в англоязычной литературе обозначаются как stroke unit. О роли инсультных блоков как ключевого этапа неотложной и реабилитационной помощи пациентам с инсультом рассказала научный руководитель Харьковского городского центра острой цереброваскулярной патологии, профессор кафедры невропатологии и нейрохирургии Харьковской медицинской академии последипломного образования Валентина Алексеевна Яворская.**

– Как возникла и развивалась идея специализированных инсультных отделений в Европе?

– Идея инсультного блока (stroke unit) зародилась в гериатрических отделениях Англии, где лечением пациентов с инсультом обычно занимаются не неврологи, а гериатры. Опыт работы с больными пожилого и старческого возраста очень пригодился в работе с инсультными пациентами, так как это состояние чаще развивается именно у лиц пожилого возраста. Первые инсультные блоки были созданы в Великобритании и странах Скандинавии, затем опыт распространился на другие страны. Сегодня лидерами по количеству действующих инсультных отделений являются скандинавские страны. Там в stroke unit госпитализируется 70-80% больных с ОНМК. В настоящее время инсультные отделения представлены в основном двумя типами. В немецкоязычных странах преобладают «полунтенсивные» инсультные блоки (acute stroke unit), где проводится лечение острого инсульта в первые 3-4 суток от поступления больного; в англоязычных и скандинавских странах более развита сеть «всеобъемлющих» нейрососудистых отделений (comprehensive stroke unit), объединяющих этапы лечения в остром периоде и нейрореабилитации.



– Какие преимущества обеспечивают инсультные блоки по сравнению с общеневрологическими отделениями, в которые обычно госпитализируют пациентов с инсультом?

– Оказание помощи больным с инсультом в соответствии с клиническими руководствами позволяет снизить расходы и улучшить исходы заболевания. На сегодняшний день согласно рекомендациям Европейской инсультной организации (ESO) существует лишь четыре вмешательства при инсульте, польза которых не вызывает сомнений (уровень доказательности I): лечение в инсультном блоке, внутривенная тромболитическая терапия, назначение ацетилсалициловой кислоты (АСК) и хирургическая декомпрессия при обширном инфаркте мозга в бассейне средней мозговой артерии. Госпитализация в инсультный блок не требует дополнительных финансовых вложений, но снижает риск смерти на 20%, а риск зависимости в быту по причине инсульта – на 30%.

– Какие преимущества обеспечивают инсультные блоки по сравнению с общеневрологическими отделениями, в которые обычно госпитализируют пациентов с инсультом?

– Оказание помощи больным с инсультом в соответствии с клиническими руководствами позволяет снизить расходы и улучшить исходы заболевания. На сегодняшний день согласно рекомендациям Европейской инсультной организации (ESO) существует лишь четыре вмешательства при инсульте, польза которых не вызывает сомнений (уровень доказательности I): лечение в инсультном блоке, внутривенная тромболитическая терапия, назначение ацетилсалициловой кислоты (АСК) и хирургическая декомпрессия при обширном инфаркте мозга в бассейне средней мозговой артерии. Госпитализация в инсультный блок не требует дополнительных финансовых вложений, но снижает риск смерти на 20%, а риск зависимости в быту по причине инсульта – на 30%.

– Ведение пациента в инсультном блоке подразумевает мониторинг неврологического статуса, контроль артериального давления, сердечного ритма, температуры тела, уровня глюкозы и оксигенации тканей, профилактику тромбоза глубоких вен, раннее выявление и лечение дисфагии и осложнений, раннюю комплексную реабилитацию и мобилизацию, а также начало вторичной профилактики (Касте М., 2007). Оказание помощи при инсульте силами междисциплинарной команды, члены которой имеют специальную подготовку и руководствуются локальными протоколами, позволяет сократить сроки пребывания в стационаре, снизить частоту осложнений и плохих функциональных исходов (Webb D.J., 1995). Специальные исследования работы инсультных блоков подтвердили правильность лечебной тактики, в основу которой положен

контроль и нормализация физиологических параметров (Candelise L., 2007; Indredavik B., 2007). Ведение больных с острым ишемическим инсультом в инсультных блоках согласно протоколам, в которых большое внимание уделялось артериальному давлению, температуре тела, уровню глюкозы крови и доставке кислорода к тканям, убедительно доказало, что такой подход обеспечивает защиту мозга и улучшает исходы заболевания (Micieli G., 2006). Анализ 11 исследований, проведенных в период с 1985 по 2000 год свидетельствует о том, что в большинстве инсультных блоков подходы к ведению пациентов практически не различаются (Langhorne P., 2002). Таким образом, уже можно говорить о стандартизации работы и единых требованиях к инсультным блокам.

– Каковы особенности оснащения и организации работы инсультных блоков?

– Большинство инсультных блоков представляют собой отдельное помещение, где проводится лечение исключительно инсультных больных силами междисциплинарной команды специалистов. Вместе с тем организация инсультных блоков может иметь следующие варианты:

- подразделение стационара для оказания помощи в остром периоде инсульта, куда больные поступают из приемного отделения и где обычно получают лечение 3-4 дня (acute stroke unit);

- подразделение для комплексного лечения в остром и подостром периодах инсульта, где больные находятся с первых суток и получают терапию, включающую реабилитационные мероприятия в течение нескольких недель (comprehensive stroke unit);

- отделение для больных с инсультом, в которое они переводятся через 1-2 нед от начала заболевания для продолжения лечения и реабилитации.

Еще один вариант организации работы – мобильная бригада по лечению инсульта. Это группа специалистов, занимающихся лечением больных с инсультом и уходом за ними в отделениях разных типов. Такие бригады организуются в стационарах, где отсутствуют специализированные койки для лечения больных с инсультом.

Кроме того, в современной структуре инсультной помощи принята иерархия инсультных центров (центры первого, второго и третьего уровней).

С учетом такого разнообразия Исполнительный комитет Европейской инсультной инициативы (EUSI) провел опрос экспертов, целью которого было определить, какие компоненты организации помощи в остром периоде инсульта являются наиболее существенными (Leys D., 2007). В 2005 г. экспертам из 18 стран, в число которых вошли руководители инсультных отделений и специалисты, известные своим интересом и высоким уровнем знаний по проблеме инсульта, преимущественно из университетских клиник, были разосланы письма, объясняющие цель и задачи исследования, и специальные опросники. Коллеги, которые были представителями различных медицинских специальностей (преимущественно неврологи, нейрорадиологи, нейрохирурги и нейрореабилитологи), попросили выделить те элементы (штаты, оснащение, подготовка, локальные протоколы), которые, по их мнению, необходимы при оказании помощи различного уровня, в частности,

в первичных инсультных центрах (ПИЦ), в высокоспециализированных инсультных центрах (ВСИЦ) и общеневрологических стационарах (ОС).

Под ПИЦ понимают учреждения, располагающие ресурсами, которых достаточно для диагностики и лечения в большинстве случаев инсульта и его осложнений (Alberts M.J., 2000). ПИЦ призваны оказывать специализированную помощь, однако некоторых пациентов (например, в случае редких заболеваний, при необходимости выполнения сложных операций или наличии мультиорганной патологии) приходится переводить в центры более высокого уровня. ВСИЦ располагают полным набором высококвалифицированных специалистов и инфраструктурой, которые могут понадобиться для проведения всего комплекса диагностических и лечебных мероприятий при инсульте. ВСИЦ принимают больных из других лечебных учреждений и служат местом повышения квалификации медицинских работников (Alberts M.J., 2005). ОС называют больницы, в которых оказывают помощь при неотложных состояниях, куда ежегодно доставляется не менее 50 пациентов с инсультом. В опросник были включены 107 компонентов инсультной помощи, выбранных на основе литературных данных и рекомендаций Американской инсультной ассоциации (Adams R., 2002). Каждый из 107 компонентов, отнесенных к категориям «персонал», «дополнительные исследования», «мониторинг», «инвазивные процедуры», «помещение», «протоколы и инструкции», эксперты оценивали как 1) ненужный; 2) полезный, но без которого можно обойтись; 3) желательный; 4) важный и 5) абсолютно необходимый в ПИЦ, в ВСИЦ или в ОС.

ПИЦ являются, по сути, хорошо оборудованными инсультными блоками. Имеющиеся научные факты позволяют утверждать, что эта форма инсультной помощи оказывает наибольшее влияние на результаты лечения инсульта в популяции (Langhorne P., 2007). Согласно мнению более половины опрошенных экспертов ключевыми составляющими ПИЦ являются следующие:

- врачи-неврологи, имеющие достаточную подготовку в области инсульта;

- междисциплинарная команда специалистов, имеющая специальную подготовку по инсульту;

- медсестры, обученные работе с инсультными больными;

- нейровизуализация, которая доступна круглосуточно и без выходных;

- приоритетность обследования пациентов с острым инсультом;

- дуплексное сканирование экстракраниальных артерий;

- мониторинг электрокардиограммы, артериального давления, температуры тела, внешнего дыхания и пульсоксиметрия;

- локальный протокол ведения пациентов в остром периоде инсульта, включая проведение внутривенного тромболитика;

- возможность проводить внутривенный тромболитизис круглосуточно и без выходных;

- расположение приемного отделения и отделения ранней реабилитации в одном корпусе с инсультным блоком;

- доступность ангионевролога и возможность консультации нейрорадиолога круглосуточно и без выходных;

- наличие в штате специалиста по ультразвуковой и социальной реабилитации;

- оценка функции глотания и начало реабилитационных мероприятий в течение 2 суток с момента поступления;

- трансторакальная и трансэзофагеальная эхокардиография;

- кабинет для приема амбулаторных пациентов (транзиторные ишемические атаки, вторичная профилактика инсульта);

- специализированное (невролого-нейрохирургическое) отделение интенсивной терапии с мультидисциплинарной командой специалистов;

- возможность продолжать реабилитацию после выписки из стационара;

- систематическое проведение профилактических мероприятий и участие в образовательных программах для населения и медработников.

Первые 10 элементов были выделены 75% экспертов как абсолютно необходимые. Таким образом, инсультное отделение может оказывать адекватную помощь своим пациентам при условии наличия вышеперечисленных элементов.

– Какие требования предъявляются к персоналу инсультного отделения?

– В штат современного инсультного блока обязательно входят врачи-специалисты по инсульту из числа опытных неврологов и медсестры, прошедшие подготовку к работе с инсультными больными. Профессионализм сестринского состава бригады играет не меньшую роль, чем квалификация и опыт врачей. В европейских инсультных отделениях работают медсестры, занимающиеся оценкой и восстановлением навыков самообслуживания, оценкой и коррекцией сенсорных, двигательных нарушений, а также нарушений речи и глотания. Кроме того, в штате stroke unit обычно присутствуют кардиолог, эрготерапевт, логопед-афазиолог, специалист по физиотерапии (массаж, ЛФК), социальный работник (психолог).

Работа междисциплинарной бригады инсультного блока основана на систематическом обучении и повышении квалификации персонала, регулярной оценке результатов.

Члены междисциплинарной бригады отличаются от врачей и медсестер обычных неврологических отделений тем, что объединены общей идеологией. На этапе восстановительного лечения они вместе обсуждают проблемы и составляют план своей работы в соответствии с планом реабилитации и потребностями пациента: что больной должен уметь делать сегодня, завтра, через неделю, через месяц, полгода.

– Как реализуется концепция инсультных блоков в Украине?

– В нашей стране специализированных инсультных отделений пока еще очень мало, хотя нормативная база неврологической службы предусматривает их создание. Согласно Приказу МЗ Украины № 297 от 30.07.2002 г., госпитализацию больных с ОНМК следует проводить в инсультные отделения, которые могут функционировать в структуре сосудистых отделений неврологического или нейрохирургического профиля или в структуре общеневрологических отделений или отделений анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ) многопрофильных больниц. Рекомендуемый срок пребывания в инсультном отделении составляет 3-5 дней, количество коек в нем определяется из расчета 5-7 на 300 тыс. взрослого населения. В современных условиях этого недостаточно, норматив коечного фонда инсультных отделений необходимо существенно увеличивать, то есть необходимо пересмотреть приказ. При отсутствии в лечебном учреждении инсультного отделения его функции принимают на себя койки ОАИТ или палаты интенсивной терапии.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**

