

# Инсультный центр европейского уровня в Украине: уникальное явление и повод для размышлений

По статистике Министерства здравоохранения Украины, обеспеченность врачами-неврологами и стационарными неврологическими койками в пересчете на численность населения в нашей стране одна из самых высоких в мире. Ежегодно выделяются и осваиваются бюджетные средства на обновление материально-технической базы поликлиник и больниц. В специализированных изданиях публикуется множество научных статей, проводятся конференции и симпозиумы, посвященные проблеме инсульта. Над повышением квалификации специалистов работают научно-исследовательские институты и кафедры последипломного образования. Масштабную образовательную работу с населением и врачами проводит общественная организация «Украинская ассоциация по борьбе с инсультом», объединившая ведущих экспертов в области сосудистой патологии мозга.

Тем не менее приходится констатировать, что в Украине до сих пор практически отсутствуют лечебные учреждения, в которых пациенты с инсультом могут получить качественную специализированную медицинскую помощь, а результаты лечения на базе существующих неврологических стационаров намного хуже, чем в странах Европы.

По данным МЗ Украины, ежегодно от 100 до 110 тыс. жителей страны впервые заболевают мозговым инсультом. Из них от 40 до 43 тыс. умирают. В 2010 г. смертность от инсульта составила 86,7 на 100 тыс. населения. Это почти в 2 раза выше, чем в развитых странах Европы (Т.С. Мищенко, 2011). Примерно у 30% больных при благоприятном течении заболевания постепенно частично или полностью восстанавливаются нарушенные функции, а у 30% случаев инсульт приводит к необратимому неврологическому и когнитивному дефициту, зависимости от окружающих и необходимости посторонней помощи. Около 18 тыс. украинцев ежегодно становятся инвалидами в результате инсульта.

За последние 20 лет достижения в изучении патофизиологии острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) и научно-технический прогресс изменили доктрину инсультной службы в мире. Современный континуум инсультной помощи включает весь спектр мероприятий, уменьшающих бремя инсульта: пропаганду здорового образа жизни и первичную профилактику, обучение широких слоев населения уметь распознать первые признаки инсульта и правильно на них реагировать, оперативную и профессиональную реакцию со стороны службы скорой медицинской помощи, лечение в специализированных инсультных отделениях силами мультидисциплинарной команды, реабилитацию и реинтеграцию в общество, снижение риска последующих сосудистых событий.

В данной статье сделана попытка разобраться, что же такое полноценная медицинская помощь при инсульте и где она должна оказываться. Для этого придется сопоставить европейский опыт с отечественными реалиями.

## Инсультные центры в Европе

Система оказания помощи при ОНМК в разных европейских странах имеет свои организационные особенности, но включает один и тот же ключевой элемент — специализированные региональные инсультные центры или инсультные блоки (stroke unit).

Начнем с дефиниции. Что такое инсультный центр и чем он отличается от обычного неврологического отделения, в которое госпитализируются больные с инсультом в Украине?

Согласно определению Европейской ассоциации по борьбе с инсультом (ESO, 2008) инсультный центр — это специализированное отделение (часть клиники), в котором оказывается помощь больным с инсультом, как правило, начиная с острейшего периода.

Таким образом, первое отличие — это специализация инсультной помощи.

Доказано, что инсультные центры играют ключевую роль в повышении выживаемости пациентов с мозговым инсультом и повышают их шансы в дальнейшем сохранить независимость от окружающих и даже работоспособность.

Систематический обзор (Stroke Unit Trialists' Collaboration, Cochrane rev., 2007) подтвердил значимое снижение смертности (абсолютное снижение на 3%) и инвалидизации (увеличение на 5% доли функционально независимых пациентов) у пациентов с ОНМК, которые получали специализированную медицинскую помощь в инсультных центрах, по сравнению с теми, кто лечился в непрофильных лечебных учреждениях. Сделан вывод о том, что все категории пациентов с инсультом независимо от возраста, пола, подтипа инсульта и его тяжести получают преимущества от лечения в stroke unit. Согласно европейским клиническим руководствам при ишемическом инсульте лишь четыре лечебные вмешательства признаны полезными и рекомендованы абсолютному большинству пациентов: лечение в инсультном блоке, системная тромболитическая терапия, назначение ацетилсалициловой кислоты в первые 48 ч от начала заболевания и хирургическая декомпрессия (гемикраниэктомия) при обширном (злокачественном) инфаркте в бассейне средней мозговой артерии. Все пациенты с инсультом должны лечиться в инсультных центрах (класс рекомендации I, уровень B).

Это уникальный для медицинской практики случай: сам факт нахождения больного в специализированном инсультном центре повышает его шансы на выживание и восстановление. В инсультном блоке сконцентрированы те специалисты и те ресурсы, которые позволяют оказывать помощь именно данной категории больных. Лучшие показатели выживаемости и реабилитации связаны не с какими-либо уникальными медикаментозными или инструментальными вмешательствами, а с концентрацией определенных знаний, навыков и опыта в пределах коллектива одного отделения.

Участники 2-й Объединенной конференции, организованной Европейским бюро ВОЗ и Европейской инсультной организацией в 2006 г., приняли Хельсинбургскую декларацию о стратегии борьбы с инсультом в Европе. В документе подчеркивается, что к 2015 г. все жители Европы должны иметь доступ к континууму инсультной помощи, включая лечение в остром периоде заболевания, реабилитацию и вторичную профилактику. Для стран Европы поставлены следующие задачи: к 2015 г. 30-дневная летальность при инсульте должна составлять менее 15%; независимость в быту через 3 мес от развития инсульта должна достигаться более чем у 70% выживших пациентов. Основная роль в достижении этих результатов возлагается на мультидисциплинарные команды инсультных центров.

Развитость сети stroke unit в разных регионах Европы можно определить по отношению ежегодного числа инсультов к количеству коек в этих отделениях. Так, в Испании и Франции койками в инсультных

центрах обеспечены до 30% пациентов с мозговым инсультом, а в Германии и скандинавских странах эта цифра доходит до 70% (О. Брюссе, 2009).

Содержание регионального инсультного блока в Германии на 6 коек обходится в 600-750 тыс. евро ежегодно (О. Брюссе, 2009). Если сопоставить этот показатель с затратами на содержание одного пациента, перенесшего инсульт (40 тыс. евро в год пожизненно), то становится ясно, что своевременная специализированная помощь полностью себя окупает, повышая выживаемость больных, их шансы остаться независимыми от окружающих и сохранить трудоспособность.

Организация инсультных центров в Европе имеет свою историю и свои особенности в разных странах. Существует определенная иерархия инсультных центров и отделений в зависимости от комплектации, штата и спектра специализированной лечебной и реабилитационной помощи, которую они могут оказывать. Вместе с тем приняты единые принципы организации работы и обязательные требования для всех инсультных отделений.

В упрощенном виде их можно представить так:

- наличие коек, специально выделенных для пациентов с инсультом;
- доступность компьютерной или магнитно-резонансной томографии, приоритетность обследования пациентов с острым инсультом;
- мультидисциплинарная бригада специалистов и среднего медицинского персонала со специальной подготовкой по инсульту;
- наличие письменных клинических протоколов работы для каждого из членов мультидисциплинарной бригады;
- возможность ранней мобилизации больных и проведения реабилитационных мероприятий;
- непрерывное повышение уровня знаний персонала, а также пациентов и их близких.

Рассмотрим принципы работы инсультного отделения более детально.

Пациент с острым инсультом помещается в инсультный блок, который представляет собой палату интенсивной терапии, специально выделенную для больных инсультом.

Ведение пациента в инсультном блоке подразумевает соблюдение рекомендаций клинических руководств. Проводится постоянный мониторинг уровня сознания и неврологического статуса пациента с использованием специальных клинических шкал, контроль артериального давления, электрической активности сердца (ЭКГ) и мозга (ЭЭГ), температуры тела, уровня глюкозы и оксигенации крови и других жизненно важных параметров гомеостаза. Больному запрещается принимать пищу или лекарства перорально до проведения скрининга на нарушение глотания и при выявлении дисфагии. Помощь в инсультном блоке также включает правильный уход за кожей и профилактику пролежней, правильное позиционирование и частую смену положения тела, профилактику тромбоза глубоких вен, раннее выявление и лечение других возможных осложнений.

Стоит отметить, что большинство инсультных больных погибают не от несовместимого с жизнью неврологического дефицита, а от вторичных осложнений, таких как аспирационная пневмония, сепсис вследствие инфекции мочевыводящих путей, тромбоэмболии. Специалисты инсультного центра изначально настроены в отношении развития возможных осложнений и ориентированы на их профилактику, что объясняет более высокую выживаемость больных в stroke unit по сравнению с неспециализированными отделениями.

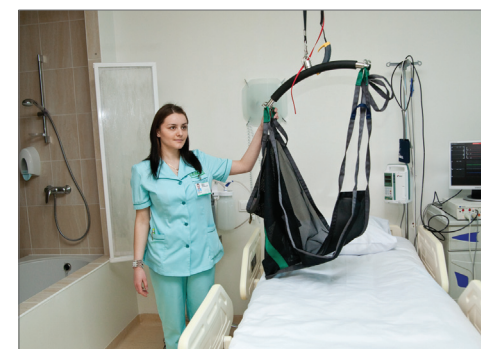
В инсультном блоке начинается ранняя нейрореабилитация, а также вторичная профилактика инсульта. Мобилизация пациента начинается сразу после стабилизации витальных функций, обычно на 2-3-и сутки.

Мультидисциплинарность означает, что с пациентом параллельно работает бригада специалистов, которая обязательно включает врача-невролога со специализацией по инсульту (в Европе применяется термин stroke physician), средний медицинский персонал, также подготовленный для работы с инсультными больными, специалистов-реабилитологов (кинезитерапевт, эрготерапевт, логопед), нейропсихолога и физиотерапевта. Исходя из опыта европейских стран, для того чтобы оказать адекватную помощь при инсульте, на одного пациента должно приходиться от 1,7 до 3 единиц медицинского персонала.

Работа команды инсультного отделения обязательно регламентируется внутренними протоколами и инструкциями для каждого из участников процесса оказания помощи, чем обеспечивается согласованность действий и их направленность на одну цель.

Реабилитация начинается с момента поступления больного в отделение и продолжается в идеале до максимальной реализации его реабилитационного потенциала, то есть максимального восстановления нарушенных вследствие инсульта функций, или до уровня независимости в быту. В постановке целей и оценке успешности реабилитационной работы принимают участие сам больной и его семья совместно с командой реабилитологов.

Причины, по которым перечисленные принципы инсультной помощи не реализованы в Украине, разные. В одних стационарах нет возможности провести КТ или МРТ, в других не хватает квалификации у специалистов, в большинстве отсутствует этап реабилитации. Играть роль несовершенство нормативно-правовой базы неврологической службы, устаревшие штатные расписания отделений, в которых реабилитологи не предусмотрены. Чаще всего отсутствует общее понимание того, как должно функционировать современное инсультное отделение, каковы цели и задачи лечения инсульта.



Оборудование инсультного блока Инсультного центра Универсальной клиники «Оберіг»





### Первый частный инсультный центр в Украине — хорошо это или плохо?

В условиях быстро растущего рынка медицинских услуг вполне естественно явление, когда частная медицина предлагает решение проблем, которым не уделяется должное внимание в государственном секторе. В киевской Универсальной клинике «Оберіг» уже два года функционирует инсультный центр, где реализован полный цикл оказания помощи при инсульте в соответствии с рассмотренными приведенными выше принципами: от диагностики и лечения в первые часы острого периода до максимального восстановления нарушенных функций на этапе реабилитации. Дальнейшее содержание статьи не является рекламой, а продолжает отвечать на вопросы, заданные в начале. Это беседа со специалистами, нашими соотечественниками, которые приобрели определенный опыт работы в этой сфере и имеют право выразить свое мнение.

Об Инсультном центре Универсальной клиники «Оберіг» рассказывает его **руководитель, кандидат медицинских наук, доцент Юрий Владимирович Фломин.**



— Нашему инсультному центру два года, хотя «центр» — довольно пафосное название: его мощность составляет 14 коек. Скорее, это инсультное отделение, стандартное для большинства европейских стран, где таких десятки и сотни, но, наверное, единственное в Украине.

Инсультный центр клиники «Оберіг» создан по примеру специализированных инсультных отделений европейских стран. В нем реализованы все основные принципы ведения больных: возможность urgentной нейровизуализации и лабораторной диагностики, ведение острого периода инсульта в инсультном блоке, мультидисциплинарность, раннее начало нейро-реабилитации. Центр укомплектован всеми необходимыми, в том числе уникальными для Украины техническими средствами реабилитации, имеет специально оборудованные палаты, залы физической реабилитации и эрготерапии.

Диагностическое отделение клиники располагает магнитно-резонансным томографом с напряженностью поля 1,5 Тл, 64-срезовым компьютерным томографом, аппаратами ультразвуковой диагностики экспертного уровня. Есть своя лаборатория с возможностью быстрого выполнения основных анализов. Проводится полноценный автоматический мониторинг функций организма в инсультном блоке.

Оказание помощи в нашем центре соответствует европейским клиническим руководствам и включает все виды вмешательств, польза которых не вызывает сомнений: наряду с лечением в инсультном



Работа в зале кинезотерапии Инсультного центра Универсальной клиники «Оберіг»

блоке мы проводим как системный тромболитический при ишемическом инсульте, так и локальный тромболитический при ишемическом и некоторых видах геморрагических инсультов.

В инсультном центре работают специалисты-реабилитологи, предусмотренные штатным расписанием европейских stroke unit. Логопеды занимаются диагностикой и коррекцией нарушений речи, глотания и мимики, эрготерапевты — восстановлением мелкой моторики кисти, когнитивных функций, навыков самообслуживания в быту и различных видов повседневной деятельности (например, навыков управления автомобилем), кинезотерапевты — восстановлением функционирования больших мышечных групп, способности к передвижению со вспомогательными средствами или независимой ходьбы. Реализован принцип командного взаимодействия персонала, основанного на внутренних протоколах и инструкциях.

Инсульт всегда делит жизнь на «до» и «после». В решении проблем восстановления и приспособления к новым условиям жизни после инсульта мы придерживаемся принципа партнерства с пациентом и его близкими. На базе клиники проводится школа «Жизнь после инсульта» — специальный образовательный проект для людей, перенесших инсульт, и их родственников. Он направлен на обучение пациентов, перенесших инсульт, и членов их семей правильному уходу и элементам реабилитации с целью достижения максимальной самостоятельности, возвращения к качественной повседневной жизни и профилактики повторных инсультов. Кстати, занятия в школе бесплатные. Для того чтобы принять в них участие, необходимо зарегистрироваться по телефону или электронной почте.

Принципы работы нашего инсультного центра часто контрастируют с реалиями отечественной неврологической службы, на которую возложены обязанности оказания помощи пациентам с ОНМК. Мне приходилось консультировать немало больных инсультом в разных стационарах Харькова и Киева. В большинстве отделений нет понятия об инсульте как о неотложном состоянии, которое требует от медицинского персонала быстрого и четкого реагирования. Вместо признанных во всех развитых странах стандартов оказания специализированной помощи, которые основаны на мониторинге, коррекции жизненно важных функций и ранней нейрореабилитации, в Украине широко практикуются недоказанные и зачастую навязанные фармацевтическими



Восстановление функции ходьбы в Инсультном центре Универсальной клиники «Оберіг»



Эрготерапия в Инсультном центре Универсальной клиники «Оберіг»

компаниями подходы, ведущие к необоснованной полипрагмазии. Часто больные не получают минимального ухода и страдают от вторичных осложнений, хотя определенные виды помощи, например выявление и лечение дисфагии, профилактика пролежней, не требуют каких-либо специальных затрат. В результате «лечение», которое получают многие больные, практически не влияет ни на исходы произошедшей мозговой катастрофы, ни на вероятность ее повторения. Выписываясь из стационара, больной официально попадает под наблюдение невролога поликлиники по месту жительства, но фактически он предоставлен сам себе. Слова «реабилитация» и «вторичная профилактика» для него — пустой звук.

Вместе с тем любое неврологическое отделение в Украине, которое принимает пациентов с инсультом, может присвоить себе название «инсультный центр». Однако лишь немногие специалисты прикладывают усилия к тому, чтобы приблизить помощь больным с ОНМК к принципам европейских stroke unit. В отдельных регионах и клинических центрах врачи и организаторы здравоохранения, заручившись поддержкой местных властей, демонстрирует, что при грамотном перераспределении ресурсов неврологической службы можно значительно повысить ее эффективность. В некоторых областных городах работают инсультные центры на базе ведущих университетских клиник и научно-исследовательских институтов, а их руководители заслужили авторитет первопроходцев в освоении современных методов диагностики и лечения инсульта, но их слишком мало, чтобы повлиять на ситуацию с инсультом в масштабах страны.

Мы понимаем, что лечение в инсультном центре, подобном нашему, пока доступно не всем нуждающимся в такой помощи больным в Украине, однако это не является оправданием для некоторых наших коллег, которые занимаются подменой понятий («мы не можем обеспечить эффективную помощь, значит, это не нужно») и искажением действительности («наша помощь ничуть не хуже, чем в Европе, у нас есть все необходимое для лечения больных, включая реабилитацию»). Такие утверждения не отвечают интересам больных, а, следовательно, идут вразрез с врачебной этикой.

Кто угодно может заявлять, что занимается реабилитацией пациентов после инсульта, но лишь немногие знают, какая реабилитация эффективна, и еще меньше могут ее предложить. Любая болезнь поражает и тело, и душу человека. После инсульта в реабилитации нуждается весь человек, а не только те части его тела, в которых имеются видимые нарушения. В отличие от традиционного планового лечения в постинсультном периоде (типа «лечь прокапаться»), когда пациенту вводят выбранные по усмотрению врача лекарства и убеждают ждать, пока они подействуют, реабилитация — это координированный динамичный процесс, основанный на целях пациента, предполагающий его активное участие и позволяющий добиться максимального восстановления нарушенных функций.

Реабилитация — третий ключевой вид медицинской помощи (наряду с профилактикой и лечением), без которого помощь не может считаться полной. Мне бы хотелось, чтобы наши коллеги услышали слова, сказанные в одном из выступлений отцом современной реабилитационной медицины Н.А. Rusk в 1972 г.: «Врача, который не стремится к тому, чтобы его пациенты ощутили все преимущества современных методов реабилитации, следует отнести к той же категории, что и врача, который при лечении диабета использует лишь диету, когда есть сахароснижающие средства. Медицинская помощь не может считаться полноценной, пока пациента не научили жить с последствиями его болезни».



Комментарий первого заместителя генерального директора Универсальной клиники «Оберіг» **Олега Эдуардовича Петренко.**

— Предвидя критику и реакцию отчуждения у врачей — читателей газеты, которым ежедневно приходится трудиться в условиях, далеких от тех, которые созданы для специалистов нашей клиники, спешу заявить, что мы не претендуем называться эталоном и не противопоставляем себя отечественной неврологической службе. Напротив, мы хотим, чтобы успешный опыт нашего инсультного центра перенимали другие врачи и организаторы здравоохранения, внедряя его в лечебных учреждениях по всей стране. Мы всегда открыты к конструктивному диалогу и сотрудничеству. Более того, берем на себя ответственность нести образовательную миссию. На базе клиники «Оберіг» для украинских врачей регулярно проводятся тематические конференции и семинары, в том числе с участием ведущих зарубежных специалистов. Так мы пытаемся инициировать позитивные изменения в украинской медицине, основанные на современных и признанных в мире стандартах медицинской помощи.

Нашему инсультному центру всего два года, и мы не льстим себе, что создали что-то изначально совершенное. Это только начало долгого пути. Это тяжелый повседневный труд, осознание необходимости постоянного развития и стремление к восприятию того лучшего, что может предложить мировая наука и практика.

Мы не рассчитываем, что наш инсультный центр останется единственным в стране. Попытки приблизить оказание помощи при инсульте к европейским стандартам, которые предпринимаются коллективами многих государственных и частных лечебных учреждений Украины, безусловно, заслуживают одобрения и поддержки, но сегодня приобретает актуальность проблема недостаточной информированности населения о том, где пациентом с инсультом может быть оказана эффективная помощь. У подавляющего большинства населения нет понятия об инсульте как о неотложном состоянии, поэтому в Украине шансы больного с инсультом на раннюю госпитализацию даже не в специализированное отделение, а в обычный неврологический стационар близки к нулю. В этом им «помогают» укоренившиеся стереотипы поведения («посидеть дома, отдохнуть; может, еще само пройдет»), а иногда и врачи скорой помощи, которые могут оставить пациента с инсультом дома как нетранспортабельного. В стационаре, куда все-таки попадает определенный процент больных, как правило, не наблюдается быстрого реагирования и командной работы медиков. Сложилась ситуация, когда после постановки диагноза ОНМК родственники больного впадают в панику от незнания, что делать дальше, сами начинают искать место, где могут помочь пациенту с инсультом, «разрываясь» между врачами и больницами. Более обеспеченные семьи пытаются вывезти больного за границу, чтобы обеспечить ему надлежащее лечение и уход. Мы далеки от мысли, что все врачи станут рекомендовать обращаться своим больным в нашу клинику, но будем прилагать все усилия, чтобы пациенты и их родственники были информированы и могли сделать осознанный выбор. В зоне риска мозговой катастрофы в Украине находятся около 12 млн человек с различными факторами риска инсульта и их комбинациями. То есть инсульт угрожает каждому четвертому украинцу. Право знать и выбирать имеет каждый.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**

