

Анализ состояния и перспективы развития в РФ службы реабилитации больных, перенесших инсульт

З.А. Суслина, Е.В. Ощепкова, В.М. Пивоварова

Проблема сосудистых заболеваний мозга остается важнейшей в неврологии на протяжении нескольких десятилетий. Ее актуальность обусловлена высокой долей сосудистых заболеваний мозга в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности.

По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется 100–300 случаев инсульта на каждые 100 тыс. населения. В России, по данным регистров, этот показатель составляет 250–300 случаев на 100 тыс. городского, 170 случаев на 100 тыс. сельского населения. Одновременно в России проживает более 1 млн. больных, перенесших инсульт, при этом ежегодно происходит более 400 тысяч новых случаев заболевания.

Показатели смертности от цереброваскулярных заболеваний в России достигли 339,9 (2003 г.) на 100 тыс. населения, в то время как в экономически развитых странах эти цифры снижаются. Летальность в острой стадии инсульта составляет 30–35%, достигая к концу первого года 50%. Частота повторных инсультов – 25–30%. Смертность в России в 5 раз выше, чем в Европе и в 8 раз выше, чем в США.

Смертность от сосудистых заболеваний в нашей стране занимает в структуре общей смертности второе место (20,7%), уступая лишь смертности от ИБС (26,9%).

Инвалидность после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности, при этом треть больных составляют лица трудоспособного возраста, к труду возвращается

каждый пятый пациент. Тяжелые последствия инсульта в виде двигательных, речевых и иных нарушений, значительно инвалидизируя больных, снижают качество жизни. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода заболевания гемипарезы наблюдаются у 81,2% выживших больных, афазия – у 35,9%, дизартрия – у 13,4%. Полностью зависимы от окружающих в повседневной жизни 25,5% пациентов, частично зависимы – 57,5%.

За последние три десятилетия вышел ряд приказов МЗ СССР и России с целью решения вопроса о совершенствовании специализированной помощи больным ОНМК, что позволило в известной мере сформировать нормативную базу для организации этой службы.

С 60-х годов XX века в стране получила развитие поэтапная система оказания медицинской помощи больным ОНМК. Первым нормативным актом, способствующим организации специализированной госпитальной помощи больным ОНМК, был приказ **МЗ СССР № 25 от 13.01.77 г.**, который обязал местные органы здравоохранения организовать в составе республиканских, краевых, областных и в ряде крупных городских больниц специализированные неврологические отделения для больных ОНМК и обеспечить обязательную госпитализацию этой категории пациентов. Для совершенствования догоспитальной помощи в городах с населением 500 тыс. и выше предусматривалось создание в составе станций скорой и неотложной медицинской помощи специализированных бригад по оказанию помощи больным ОНМК.

Дальнейшему развитию помощи способствовали приказ **МЗ СССР № 1080 от 19.09.84 г.** и **Решение Коллегии МЗ СССР (1988 г.)**, постановившие продолжить внедрение системы поэтапной помощи больным с ОНМК уже не только в областных, краевых и республиканских городах, но и в городах с численностью населения свыше 100 тыс. жителей.

Для оказания круглосуточной специализированной помощи предусматривалась возможность дополнительного введения должностей врачей-невропатологов, палатных медсестер, сестер процедурного кабинета, младших медицинских сестер, ставка врача-терапевта.

Для обеспечения возможности госпитализации тяжелых больных в острой стадии инсульта в отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии было предусмотрено выделение в отделениях реанимации и интенсивной терапии блока (коек) интенсивной терапии для больных ОНМК (блоки интенсивной терапии могли располагаться непосредственно в неврологических отделениях для больных ОНМК).

Предусматривалась организация во всех республиканских, краевых и областных центрах больниц (отделений) для восстановительного лечения больных, перенесших ОНМК. Таким образом, формировалась система оптимальной организации помощи больным ОНМК.

Последним приказом, направленным на улучшение помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения, был **приказ МЗ РФ № 25 от 25.01.99 г.**, который, по существу, обеспечил нормативную базу для совершенствования всей системы этапной помощи больным с ОНМК.

Особую значимость имеют утвержденные приказом штатные нормативы неврологических отделений, позволившие существенно ускорить процесс создания этих отделений и обеспечить позитивный сдвиг в организации специализированной неврологической госпитальной помощи больным ОНМК.

Согласно приказу, больные ОНМК подлежат обязательной госпитализации в специализированные неврологические отделения, которые должны создаваться на базе многопрофильных больниц, больниц скорой помощи или медико-санитарных частей и иметь не менее 40 коек (оптимально для формирования штатного расписания отделение на 60 коек). Для обеспечения адекватного лечения больных в острейшем периоде инсульта предусмотрено создание палат интенсивной терапии в составе специализированных неврологических отделений для больных ОНМК или в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Имеется в виду 1 койка на 10 коек для больных с нарушениями мозгового кровообращения и 2 койки для больных с другими неотложными неврологическими состояниями, но не менее 6 коек. Утверждены штатные нормативы и табель оснащения палат интенсивной терапии для больных ОНМК.

Зинаида Александровна

Суслина – докт. мед. наук, профессор, директор ГУ НИИ неврологии РАМН.

Елена Владимировна

Ощепкова – докт. мед. наук, профессор, зав. лабораторией профилактики артериальной гипертонии Института кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ и СР РФ.

Валентина Матвеевна

Пивоварова – канд. мед. наук, ведущий науч. сотр. ГУ НИИ неврологии РАМН.

Приказом утверждено положение о реабилитационном отделении для больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения, в штат которых, помимо специалистов-неврологов, владеющих методами реабилитации, предусмотрено включение терапевта (кардиолога), нейропсихолога (логопеда), психотерапевта (медицинского психолога), врача-физиотерапевта, методистов ЛФК, массажистов, медицинской сестры кабинета физиотерапии, медицинских сестер, санитарок-уборщиц.

Для продолжения лечения больного после выписки из стационара утверждено положение об отделении (кабинете) восстановительного лечения больных с последствиями НМК, которые могут существовать как в виде самостоятельных подразделений, так и кабинетов в составе отделений восстановительного лечения на базе поликлиник, врачебно-физкультурных диспансеров или медико-санитарных частей.

Завершает этапную помощь больным ОНМК санаторно-курортное лечение, которое регламентировано Постановлением Правительства о санаторно-курортном лечении № 309 от 21.04.2001 г. и последовавшими за ним приказами Фонда социального страхования и МЗ РФ № 190/355 от 14.09.2001 г. «О долечивании больных в условиях санатория». ОНМК, наряду с инфарктом миокарда, включено в перечень заболеваний, долечивание которых осуществляется за счет средств обязательного социального страхования. Утверждена инструкция по медицинскому отбору больных, перенесших ОНМК, направляемых на долечивание в специализированные санатории.

Таким образом, система оказания помощи больным ОНМК хорошо отработана, четко регламентирована нормативными актами, и дальнейшее ее развитие зависит, главным образом, от инициативы органов здравоохранения на местах.

Для анализа состояния помощи больным ОНМК в стране сотрудниками НИИ неврологии было проведено анкетирование регионов. Получена информация из 40 субъектов РФ (13 республик, 1 автономный округ, 1 край и 27 областей).

Основным источником информации были данные статистических отчетов ЛПУ. В ряде регионов при ответе на некоторые вопросы анкеты использовались также ориентировочные данные и данные регистра инсульта.

Официальной статистики заболеваемости инсультом в стране не существует. Анкетирование установило следующее. Заболеваемость инсультом составляет 302 на 100 тыс. населения, в отдельных регионах этот показатель достигает 550.

В 30 регионах функционируют специализированные отделения для лечения больных ОНМК в административных центрах, а в 8 регионах – в других городах. Суммарное количество таких отделений – 61. В ряде регионов при отсутствии специализирован-

ных отделений для больных ОНМК есть специальные койки. Общее количество специализированных коек (включая и койки специализированных отделений) – 3696.

Средний процент обеспеченности специализированными койками от реальной потребности, по данным анкетирования, составляет 54,6%. По данным нашего анализа, исходя из общего числа инсультов за год и имеющегося коечного фонда процент обеспеченности койками составляет всего 26,9%, т.е. более чем 2/3 больных инсультами специализированными койками не обеспечены. В то же время средний процент госпитализации больных ОНМК, по данным анкетирования, составляет 65,8%.

Анализ доступности специализированной врачебной помощи показал, что во всех административных центрах имеется неврологическая, терапевтическая и кардиологическая помощь, за исключением ангиохирургической помощи.

Анализ диагностических возможностей показал, что КТ- или МРТ-исследования в административных центрах возможны в 97,5% регионов, а в 40% из них – и в других городах. В таком же количестве административных центров возможно проведение УЗИ, при этом число регионов, в которых этот метод диагностики используется и в других городах, составляет 66%. Транскраниальная доплерография возможна в 80% административных центров регионов, в 40% из них – и в других городах. Аппаратура для дуплексного сканирования имеется в 82% административных центров регионов, в 35,5% из них – и в других городах. Проведение ангиографии возможно в 87,5% административных центров и лишь в 9% – в других городах.

Отметим, что анкетирование позволяет судить лишь о наличии диагностических возможностей в регионах, а не о доступности этих методов для широкого использования в практике. К сожалению, доступность этих методов зачастую ограничена, а материально-техническая база лечебных учреждений требует дальнейшего развития.

Реабилитационные отделения для больных с последствиями инсульта созданы только в половине регионов, а в 8 – не только в административных центрах, но и в других городах.

Информация о количестве реабилитационных коек была получена лишь из 17 регионов, в которых насчитывается 830 коек в административных центрах и 345 коек в других городах (суммарное число – 1175).

Реабилитационные амбулаторные кабинеты функционируют в 24 административных центрах, однако общее их количество составляет всего 34, что свидетельствует о крайне низкой обеспеченности такими кабинетами (на один амбулаторный кабинет приходится в среднем 1112,7 больных в год).

В административных центрах 35 регионов организовано восстановительное ле-

чение в условиях дневного стационара, в 27 из них дневные стационары открыты и в других городах. Восстановительное лечение на дому и в условиях специализированного санатория проводится в административных центрах 34 регионов.

Высокий процент использования восстановительного лечения на дому косвенно указывает на недостаточную обеспеченность больных после инсульта стационарной реабилитационной помощью.

Обеспеченность инструкторами ЛФК составляет 73,5% в стационарах и 58% – в поликлиниках; массажистами – 79,8 и 64,2% соответственно; физиотерапевтами – 90,3 и 79,7%, логопедами – 45,3 и 21,6%.

Таким образом, анкетирование показало, что система поэтапной помощи больным ОНМК получила свое развитие и внедряется практически повсеместно. На сегодняшний день особый акцент должен быть сделан на развитии реабилитационной службы, что предусматривается федеральной целевой программой «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в РФ», поскольку совершенствованию специализированной помощи больным НМК в острый период заболевания, направленной на снижение летальности при инсультах, традиционно уделялось большее внимание. В то же время, снижая летальность и смертность этой категории больных, мы потенциально увеличиваем число инвалидов и, следовательно, должны усилить внимание к проблемам восстановительного лечения, направленного на уменьшение степени неврологического дефицита, бытовую и социальную адаптацию пациента, на повышение качества жизни после инсульта. Система поэтапной помощи больным ОНМК требует дальнейшего развития. Необходимо продолжить создание специализированных отделений для лечения больных ОНМК и реабилитационных отделений исходя из действительной потребности на местах. Определить эту потребность помогут регистры инсульта. Дальнейшее совершенствование службы реабилитации невозможно без подготовки специалистов по восстановительной медицине – врачей-реабилитологов, способных возглавить как стационарные, так и амбулаторные восстановительные отделения. Необходимы протоколы ведения больных на каждом этапе реабилитации с нормативами продолжительности каждого этапа, учитывая основные постинсультные неврологические синдромы. Необходимо внедрение международных шкал для оценки степени дефекта и эффективности восстановительного лечения. И наконец, необходимо дальнейшее развитие научных исследований, направленных на разработку новых эффективных методов лечения, современных технологий реабилитации, более совершенных вспомогательных изделий медицинского назначения. ●