

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ
України"

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
щодо оптимізації медичної допомоги населенню
мегаполісу із цереброваскулярними хворобами

м. Київ, 2019

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ
України"

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
щодо оптимізації медичної допомоги населенню
мегаполісу із цереброваскулярними хворобами

м. Київ, 2019

Методичні рекомендації щодо оптимізації медичної допомоги населенню мегаполісу із цереброваскулярними хворобами /Київ – 2019. – 30 с.

Розробники:

Слабкий Г.О. – д.мед.н., професор

Прокопів М.М. – к.мед.н., доцент

Рецензенти:

Голованова І.А., доктор медичних наук, професор, ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством, завідувач кафедри

Любінець О. В., доктор медичних наук, професор, Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького, кафедра громадського здоров'я, завідувач

Рекомендовано рішенням проблемної експертної комісії МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина». Протокол від 11 вересня 2019 року, №3.

Розраховано на організаторів охорони здоров'я.

ЗМІСТ

Умовні скорочення	5
Вступ	6
Концептуальні методичні підходи до створення сучасної системи надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні захворювання в мегаполісі	7
Задачі первинної медичної допомоги з раннього виявлення цереброваскулярних захворювань та профілактики розвитку гострих порушень мозкового кровообігу	13
Сучасна система надання стаціонарної медичної допомоги хворим із церебральним інсультом на рівні мегаполісу	14
Висновки	22
Література	24
Додатки	26

Умовні скорочення

ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ООФГЗ	Основні оперативні функції громадського здоров'я
ЦВХ	Цереброваскулярні хвороби
ЦІ	Церебральні інсульти

Вступ

Судинні захворювання головного мозку на сьогодні являються актуальною медико-соціальною проблемою, так як вони є ведучими в структурі захворюваності, інвалідизації та смертності населення в більшості розвинених країн світу. В провідних країнах Європи щорічно на церебральних інсульт хворіє до 0,2% населення, а в США мозковий крововилив щорічно реєструється у 37000 – 52400 жителів країни. Дані наукової літератури вказують на те, що тільки 38% осіб, які перенесли геморагічний інсульт живуть після цього більше року. За останні роки в країнах Європи смертність населення в разі інсульту значно скоротилася, що є результатом використання більш ефективних методів лікування і реабілітації та зниженням частки інсультів з тяжким перебігом. Це є результатом цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними та гіпертонічною хворобами. В теперішній час в Європейському Союзі та США проводяться комплексні наукові епідеміологічні дослідження цереброваскулярних хвороб та інсультів.

В м. Києві, як мегаполісі та столиці держави, захворюваність дорослого населення на церебральні інсульти в 2018 році склала 143,9 на 100 тис дорослого населення та 54,3 на 100 тис населення працездатного віку. Даний показник має тенденцію до зростання. Вперше інвалідизовано 1302 осіб, що перенесли церебральний інсульт; з них 57,45% склали особи працездатного віку. Смертність дорослого населення внаслідок церебральних інсультів становила 85,93, а серед населення працездатного віку - 19,36 на 100 тис.

(Вище наведені показники свідчать про неефективність організації медичної допомоги і вказують на актуальність її оптимізації. При цьому наукові публікації останніх років відмічають недосконалість системи охорони здоров'я країни по рівню її забезпечення. Більшість закладів спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги явилася неготовими до виконання вимог Національної служби здоров'я України по забезпеченню хворих на церебральні інсульти якісною та ефективною медичною допомогою, а

відповідно, і не змогли укласти договори на фінансування даного пакету медичної допомоги в рамках державних гарантій.

Така ситуація спонукала нас до розробки методичних рекомендацій щодо оптимізації медичної допомоги населенню мегаполісу із цереброваскулярними хворобами з використанням стратегічних документів Всесвітньої організації охорони здоров'я та кращого світового досвіду з даного напрямку діяльності.

Концептуальні методичні підходи до створення сучасної системи надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні захворювання в мегаполісі

Концептуальні підходи удосконалення медичної допомоги населенню мегаполісу з гострими порушеннями мозкового кровообігу ґрунтуються на засадах зміни законодавчої бази і в першу чергу у відношенні до системи фінансування, забезпечення обґрунтованої з медичної та економічної точки зору спеціалізованої комплексної медичної допомоги, зміни функціонально-організаційних підходів до формування мережі та структури закладів охорони здоров'я, децентралізації управління закладами охорони здоров'я з проведенням їх автономізації з підвищенням рівня відповідальності за надання медичної допомоги у відповідності до галузевих стандартів.

Основною метою визначено забезпечення населення мегаполісу з порушенням мозкового кровообігу доступною, якісною комплексною медичною допомогою при ефективному та раціональному використанні наявних ресурсів. Рис. 1.

Принципово новим є формування самостійних спеціалізованих закладів, що надають комплексну допомогу по методу міських центрів з диференціацією ліжкового фонду в залежності від потреби пацієнтів в інтенсивності

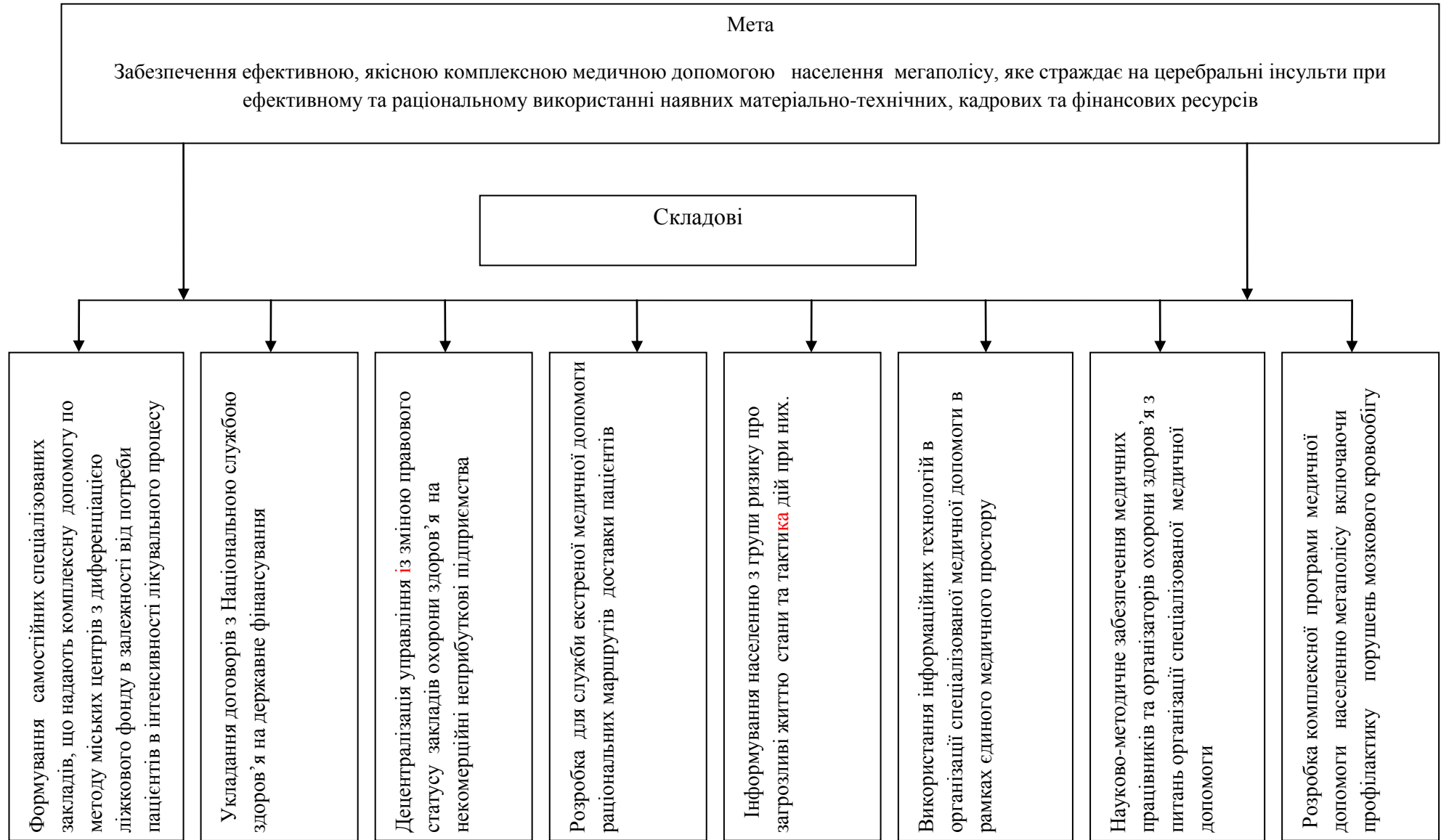


Рис. 1. Концептуальні підходи до удосконалення організації медичної допомоги населенню мегаполісу з цереброваскулярними хворобами

лікувального процесу та розробка для служби екстреної медичної допомоги раціональних маршрутів доставки пацієнтів.

Забезпечення ефективною, якісною комплексною медичною допомогою населення мегаполісу, яке страждає на церебральні інсульти при ефективному та раціональному використанні наявних матеріально-технічних, кадрових та фінансових ресурсів та впровадження комплексу ефектної первинної та вторинної профілактики їх розвитку досягається шляхом прийняття комплексної міської програми медичної допомоги населенню мегаполісу з гострими порушеннями мозкового кровообігу.

Основною задачею, яка стоїть перед системою охорони здоров'я є профілактична робота серед населення мегаполісу. Необхідно акцентувати на проведенні первинної, вторинної та третинної профілактики. Для охоплення населення профілактичними програмами необхідно виділити цільові групи профілактичного впливу та заклади, які будуть проводити дану роботу і безпосередніх виконавців.

Цільовими групами для проведення різних видів профілактичної роботи мають бути:

1) *Первинна профілактика*: доросле населення міста, особливу групу складає населення міста у віці 40 років і старше, а серед даного населення групу підвищеної уваги займають особи груп ризику розвитку ЦВЗ;

2) *Вторинна профілактика*: особи, які мають цереброваскулярні захворювання та гіпертонічну хвороби;

3) *Третинна профілактика*: особи, які перенесли гострий церебральний інсульт.

Профілактичні програми полягають в наступному.

Первинна профілактика. Даний вид профілактики мають здійснювати служби громадського здоров'я та працівники закладів первинної медико-санітарної допомоги.

Служби громадського здоров'я здійснюють свою діяльність в рамках виконання наступних основних оперативних функцій, які затверджені ВООЗ:

ООФГЗ 1 «Епіднагляд за хворобами та оцінка стану здоров'я та благополуччя населення», ООФГЗ 2 «Виявлення важливих медико-санітарних проблем та загроз здоров'ю на рівні місцевих громад», ООФГЗ 5 «Профілактика хвороб», ООФГЗ 6 «Укріплення здоров'я», ООФГЗ 9 «Основні процеси комунікацій в області громадського здоров'я». В рамках діяльності системи громадського здоров'я проводиться епідеміологічний нагляд, моніторинг, оцінка та аналіз захворюваності різних категорій населення на ЦВЗ та рівень їх поширення серед населення, вплив ЦВЗ на інвалідності та смертності населення внаслідок ЦВЗ, вивчаються фактори ризику розвитку ЦВЗ та інформується населення про них та шляхи зменшення їх негативного впливу на здоров'я шляхом розроблення та впровадження профілактичних програм на рівні громади з оздоровлення навколишнього середовища, умов праці, проживання та створення умов для здорового способу життя. Також проводяться заходи з формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я.

Сімейні лікарі та сімейні медичні сестри здійснюють індивідуальні заходи з цільової диспансеризації населення щодо цереброваскулярних захворювань: з використанням уніфікованого опитувальника проводять виявлення факторів ризику різних форм цереброваскулярних захворювань з розробкою індивідуальних програм їх усунення або зменшення негативної дії.

Вторинна профілактика. Вторинною профілактикою охоплюються особи, у яких діагностовано ЦВХ; вона скерована на запобігання подальшому розвитку захворювання та профілактику ускладнень і в першу чергу - церебрального інсульту. Це здійснюють працівники первинної ланки.

Основними напрямками вторинної профілактики, за розробленого для кожної особи індивідуального плану, являються:

- оптимальний спосіб життя, який формується в залежності від стадії захворювання та стану хворої особи;
- медикаментозна та фізична терапія, що скеровані на покращення загального та мозкового кровотоку, покращення функції мозкових клітин, які

знаходяться в умовах гіпоксії, зменшення в'язкості крові та попередження розладів проникності стінок судин, нормалізацію стану переваскулярних тканин.

При цьому служби громадського здоров'я, використовуючи мобільні телефони та відповідні інформаційні програми, підключають нагадувачі про час прийняття лікарських засобів. Крім того з особами, які страждають на ЦВХ проводяться заняття та вони забезпечуються друкованою інформацією щодо загрозливих для життя симптомів та тактики дії при них, телефони для звернення в ургентних випадках за медичною допомогою.

Третинна профілактика. Даний вид профілактики передбачає попередження повторних церебральних інсультів у осіб, які мали в анамнезі дане ускладнення та запобігання інвалідності. Даний вид робіт забезпечують сімейні лікарі сумісно з лікарями неврологами. А забезпечення медико-соціального супроводу осіб, які перенесли гострий церебральний інсульт і стали інвалідами забезпечують працівники первинної медико-санітарної допомоги та соціальних служб. Вони ж забезпечують, в разі необхідності, послугами паліативної допомоги.

Враховуючи, що в Україні державою гарантована безоплатна медична допомога хворим на церебральні інсульти, включаючи проведення реабілітації на після госпітальному етапі, що у 2020 році на виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Програма медичних гарантій запрацює в повному обсязі пропонується здійснити *наступні структурні перебудови.*

1. Створити інсультні центри структура, оснащення, штатні розклади яких відповідають вимогам в рамках забезпечення програми державних гарантій надання медичної допомоги при церебральному інсульті у 2020 році. Кількість центрів та їх потужність обраховуються на основі показників захворюваності за останні 5 років.

2. Створити спеціалізований реабілітаційний центр для осіб, що перенесли гострий церебральний інсульт для проведення стаціонарної та амбулаторної реабілітації.

3. Здійснити підготовку сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до забезпечення реабілітації осіб, що перенесли церебральний інсульт. За рахунок коштів місцевих бюджетів укомплектувати сімейні амбулаторії засобами амбулаторної реабілітації.

Необхідно провести наступні організаційні заходи.

1. Базуючись на Європейському плані дій із боротьби з інсультом – ESAP на період 2018–2030 роки розробити комплексну міжсекторальну міську програму боротьби з інсультом як ускладнення цереброваскулярних захворювань.

2. Проводити інформаційну роботу серед населення міста з залученням ЗМІ та мережі інтернет із створенням спеціального сайту щодо цереброваскулярних хвороб та їх профілактики.

3. Розроблення та затвердження клінічних маршрутів пацієнтів які проживають в різних районах міста в залежності від місця та способу звернення за медичною допомогою та стану.

4. При зверненні за медичною допомогою до служби екстреної медичної допомоги та потреби в госпіталізації запровадження системи попереднього інформування закладу охорони здоров'я про наближення пацієнта з гострим церебральним інсультом для активації ресурсів закладу охорони здоров'я з метою забезпечення можливості проведення реваскуляризаційної терапії в межах терапевтичного вікна.

5. Забезпечення спеціального навчання всіх медичних працівників, які залучені до надання допомоги хворим при гострому церебральному інсульті (лікарі, середній та молодший медичний персонал), на тренінгах з тромболітичної терапії, інтенсивної терапії, використання шкал (NIHSS, ASPECTS, mRS), скринінгу щодо дисфагії, оцінювання потреби у реабілітації.

6. Організація для родини / доглядачів за хворими з ЦВХ постійно діючого семінару з наступних питань: методи особистої гігієни, стратегії спілкування, техніки переміщення, профілактики ускладнень та інших специфічних проблем пов'язаних з гострим церебральним інсультом, контроль за

безпечним ковтанням та відповідної зміни дієти, допомоги регулювання поведінки при психосоціальних проблемах.

7. Створення міського реєстру хворих на ЦВЗ та осіб, що перенесли гострий церебральний інсульт з поданням даних до Електронної системи охорони здоров'я на постійній основі.

8. Для хворих на ЦВЗ та осіб, що перенесли гострий церебральний інсульт забезпечення розробки індивідуальної програми реабілітації з оцінкою проблем (категоріальний профіль МКФ та МКФ-ДП) та визначенням SMART цілей та здійснення контролю за виконанням індивідуальної програми реабілітації з оцінюванням прогресу в досягненні намічених цілей.

Задачі первинної медичної допомоги з раннього виявлення цереброваскулярних хвороб та профілактики розвитку гострих порушень мозкового кровообігу

Перед системою первинної медичної допомоги стоїть задача раннього виявлення осіб групи ризику розвитку ЦВХ, осіб які мають ЦВХ та їх лікування. Уніфікований опитувальник на виявлення кардіо-церебральних захворювань наведено в додатку.

Даний опитувальник може використовуватися як сімейним лікарем безпосередньо при наданні медичної допомоги так і заповнюватися самим пацієнтом при методичній допомозі сімейного лікаря чи сімейної медичної сестри.

Задача сімейного лікаря полягає в динамічному контролі стану здоров'я населення з наявністю факторів ризику розвитку церебральних інсультів та їх мотивування до профілактики їх розвитку.

Також сімейний лікар має бути готовим до застосування амбулаторних засобів реабілітації осіб, які перенесли церебральний інсульт з профілактикою розвитку повторних інсультів.

Важливою функцією медичних працівників первинної ланки разом із службами хоспісної допомоги та соціального захисту є забезпечення догляду за

інвалідами в наслідок перенесеного ЦІ. При цьому важливим є навчання членів сім'ї основам ефективного догляду за даними особами.

Сучасна система надання стаціонарної медичної допомоги хворим із церебральним інсультом на рівні мегаполісу

Базуючись на концептуальних підходах до удосконалення організації медичної допомоги населенню мегаполісу з церебральними інсультами нами розроблена функціонально-організаційна структура спеціалізованого центру надання медичної допомоги при церебральних інсультах.

Основною функціонально-організаційною одиницею спеціалізованої медичної допомоги у мегаполісі при церебральних інсультах стає профільний центр. Рис. 2. Розроблена функціонально-організаційна структура спеціалізованого центру дозволяє при концентрації ресурсів, забезпечити їх більш раціональне використання з підвищенням своєчасності, якості та ефективності медичної допомоги шляхом забезпечення раціональних медичних маршрутів пацієнтів в центрі, створення систем безперервного забезпечення якості медичної допомоги, безперервного підвищення професійного рівня медичного персоналу при запровадженні в центрі електронного документообігу, укладання договорів з Національною службою здоров'я з широким інформуванням населення про принципи роботи центру.

Структурну основу центру складають наступні основні підрозділи:

- 1) приймальне відділення з кабінетом візуалізації патологічного процесу, що дозволяє на етапі поступлення пацієнту до центру провести обстеження, встановити діагноз та скерувати пацієнта на подальше лікування у відповідності до типу ураження. При необхідності на даному етапі пацієнт може бути проконсультований лікаря-спеціалістами;

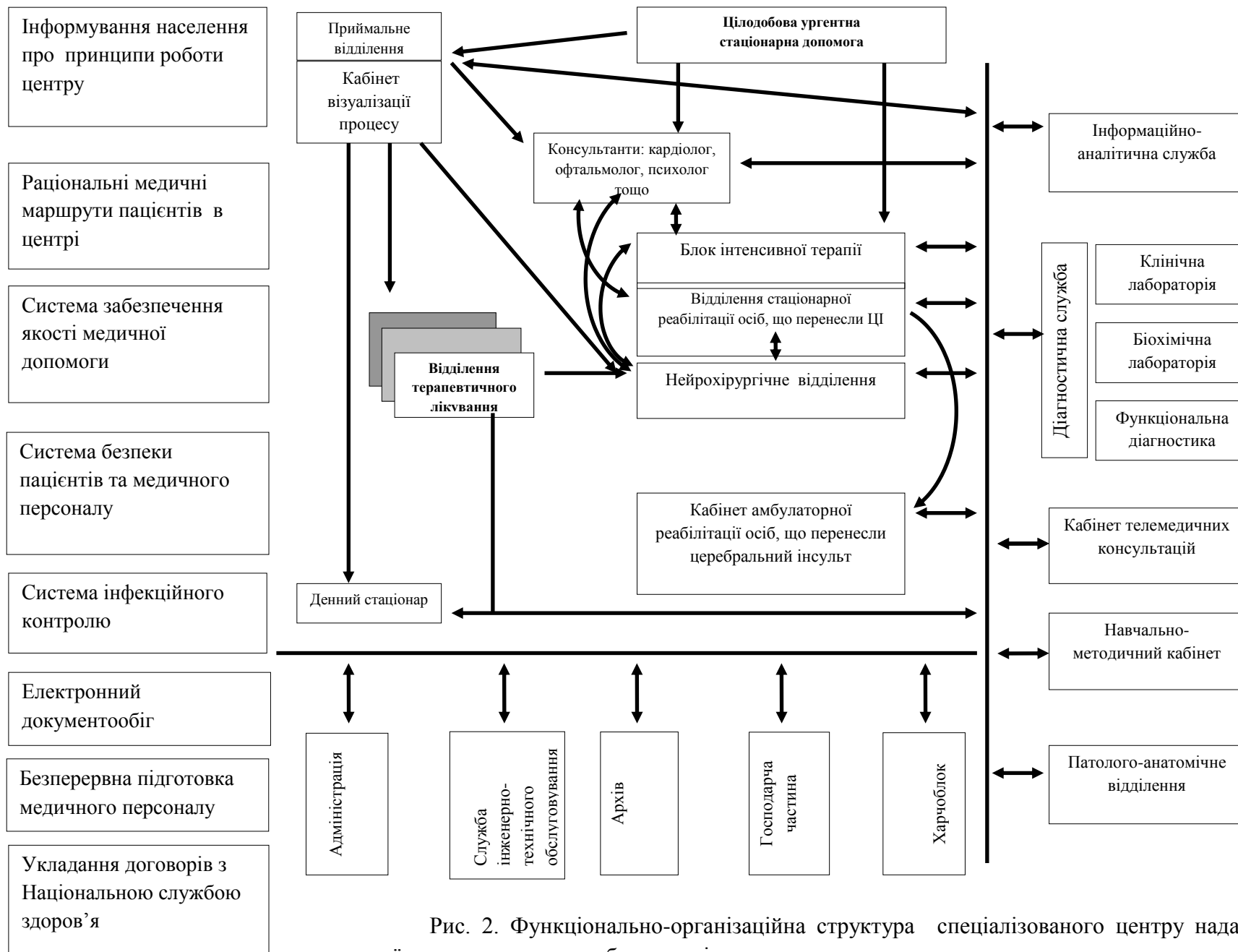


Рис. 2. Функціонально-організаційна структура спеціалізованого центру надання медичної допомоги при церебральних інсультах

2) нейрохірургічне відділення з операційним блоком та блоком інтенсивної терапії, куди скеровуються пацієнти з з приймального відділення яким діагностовано геморагічний церебральний інсульт;

3) відділення терапевтичного профілю з палатами інтенсивної терапії, до яких скеровуються пацієнти з ішемічним інсультом та транзиторними ішемічними атаками;

4) діагностична служба, яка включає клінічний та біохімічний відділи лабораторії та відділ функціональної (інструментальної) діагностики;

5) відділення стаціонарної та кабінет амбулаторної реабілітації осіб, що перенесли церебральний інсульт для організації і проведення реалізації осіб, що перенесли церебральний інсульт на всіх етапах лікування;

6) денний стаціонар для надання медичної допомоги пацієнтам, які за станом здоров'я не підлягають перебуванню в стаціонарі, але підлягаю лікуванню під наглядом лікарів-спеціалістів.

7) патолого-анатомічне відділення.

До складу центру нами включені наступні допоміжні підрозділи:

1) інформаційно-аналітичну службу для забезпечення обліку та проведення аналізу діяльності центру в цілому, його структурних підрозділів та окремих працівників і стратегічного прогнозування потреб та механізмів удосконалення діяльності закладу, проведення соціологічних досліджень серед пацієнтів та медичних працівників;

2) кабінет телемедичних консультацій для надання консультацій в дистанційному режимі для медичних працівників первинної медичної допомоги міста, служби екстреної медичної допомоги та інших закладів охорони здоров'я міста;

3) навчально-методичний кабінет, на який покладено функцію безперервної підготовки медичних кадрів центру у відповідності до його потреб;

4) адміністративно - господарська частина, включаючи службу інженерно-технічного обслуговування медичного обладнання та комп'ютерної інформаційної системи центру і архів закладу.

В рамках оптимізації організації надання медичної допомоги хворим розроблено клінічний маршрут хворого з інсультом на всіх етапах надання медичної допомоги, який наведено нижче.

Крім того з метою забезпечення моніторингу якості надання медичної допомоги пацієнтам на мозковий інсульт та проведення прагматичного спостереження за такими пацієнтами під час їх лікування у неврологічних відділеннях міських клінічних лікарень м. Києва розроблено Реєстраційну карту випадку інсульту для прагматичного спостереження за якістю надання медичної допомоги пацієнтам на мозковий інсульт. Дана реєстраційна карта наведена нижче.

Невід'ємною складовою запропонованої функціонально-організаційної структури спеціалізованого центру стала розроблена єдина інформаційна система, в якій в якості головного терміналу з підключенням до Internet виступає інформаційно-аналітична служба. При цьому визначені потоки інформації та розроблена функціональна схема їх взаємодії в процесі управління якістю медичної допомоги та ефективністю використання ресурсів центру. Система зовнішнього та внутрішнього захисту конфіденційної інформації забезпечується спеціальним кодуванням.

Запропонована інформаційна система дозволяє в автоматизованому режимі проводити облік та аналіз діяльності підрозділів та кожного медичного працівника, якості наданої медичної допомоги кожному пацієнту, фактичних затрат на кожного пролікованого пацієнта; витрат по кожному підрозділу; встановлювати рівень необґрунтованих витрат та їх структуру; співставляти фінансові витрати і медико-соціальні результати лікування, та отримувати вірогідні дані для прийняття управлінських рішень щодо удосконалення діяльності центру з надання медичної допомоги населенню при гострих порушеннях мозкового кровообігу.

Таким чином, на відміну від існуючої системи надання медичної допомоги населенню мегаполісу при церебральних інсультах запровадження запропонованої функціонально-організаційної структури спеціалізованого центру дозволяє забезпечити системність та комплексність підходу до надання

медичної допомоги при церебральних інсультах та дозволяє усунути наявні диспропорції у магістралі у наданні спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню. Економічна ефективність інновації полягає у концентрації ресурсів та підвищенні рівня їх використання.

КЛІНІЧНИЙ МАРШРУТ ХВОРОГО З ІНСУЛЬТОМ

Бригада швидкої допомоги

Лікар поліклініки, амбулаторії сімейного лікаря

Лікар стаціонарного відділення 303

Пацієнт з гострим ішемічним інсультом

ПРИЙМАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ

Визначення можливості проведення системної тромболітичної терапії

Загально-клінічні аналізи

ЕКГ

КМ (МРТ) головного мозку

Консультації суміжних спеціалістів (нейрохірурга, кардіолога)

Огляд чергового лікаря-невролога (збір скарг, анамнезу захворювання, життя, страхового анамнезу, клінічне обстеження пацієнта), в разі необхідності – огляд нейрохірурга (кардіолога – при поєднаній патології).
Доцільне проведення СКТ (МРТ) усім хворим з інсультом

Госпіталізація на стаціонарне лікування (ПІТ неврологічного відділення)

Госпіталізація до відділення нейрохірургії (у випадку виявлення необхідності подальшого дообстеження, н/х лікування та спостереження)

Огляд пацієнта у відділенні

лікуючим (черговим) лікарем сумісно з завідуючим відділення, сумісними спеціалістами з визначенням подальшої тактики лікування

Встановлення діагнозу

Призначення плану обстеження

Призначення плану лікування

ПРОВЕДЕННЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА У ВІДПОВІДНОСТІ ДО ЛОКАЛЬНИХ ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ ЗА НОЗОЛОГІЄЮ

- Загальний аналіз крові
- Загальний аналіз сечі
- Біохімія крові
- Цукор крові
- Коагулограма
- Час згортання крові
- ЕКГ
- МРТ (СКТ) головного мозку
- ЕХОкардіограма*
- Рентгенограма ОГП*
- ЄЕГ*
- УЗД органів черевної порожнини
- УЗД щитоподібної залози
- Консультація спеціалістів*
- * - при необхідності

Виписка пацієнта з рекомендаціями «Д»
спостереження в поліклініці за місцем проживання з наданням виписного епікризу та листка непрацездатності (при необхідності)

Переведення хворого для реабілітації
(на території чи до іншого лікувального закладу (відділення)

Додаткове обстеження хворого, огляд спеціалістів (кардіолог, ендокринолог, офтальмолог, терапевт...)

РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТА

випадку інсульту для прагматичного спостереження (визначення якості лікування)

1. Історія хвороби №: _____ Проведено ліжко-днів: _____
2. Ініціали пацієнта: _____
3. Дата народження: « ____ » _____ 19__ р., повних років: _____
4. Стать: чол. жін.
5. Телефон для зв'язку з пацієнтом або його рідними (обов'язково): _____
6. **Діагноз** (підкреслити): Ішемічний інсульт / Геморагічний інсульт (САК / внутрішньомозковий крововилив з / без прориву крові у шлуночки / Не уточнений характер інсульту (діагностований лише клінічно)
7. Інсульт первинний / повторний (вказати при можливості дату попереднього інсульту _____)
8. Дата захворювання: « ____ » _____ 20... р., близько ____ години
9. Дата звернення за медичною допомогою: « ____ » _____ 20...р., ____ год ____ хв
10. Дата госпіталізації: « ____ » _____ 20... р., ____ год ____ хв
11. Доставлений в стаціонар бригадою ШМД/ акт самозвернення/ інше (_____)
12. Госпіталізований через: ____ годин / діб (підкреслити)
13. При пізній госпіталізації вказати причини: _____
14. Основні фактори ризику і супутні захворювання (при можливості, вказати з якого року):

Артеріальна гіпертензія	Інфаркт міокарду в анамнезі	Вада серця	Миготлива аритмія	Цукровий діабет Тип I / II	Дисліпо-протеїнемія	Паління	Тривалий або гострий стрес	Інші

Інші супутні захворювання: _____

15. Препарати, які постійно приймає _____
16. МРТ / СКТ (підкреслити) _____
Дата виконання « ____ » _____ 20... р.
Заключення: _____

Увага! Пункти 18-21 заповнити лише для випадку ішемічного інсульту.

17. Локалізація «свіжого» вогнища ішемії (підкреслити назву ураженої ділянки, у графі під нею вказати розміри згідно даних візуалізації)

Бік ураження	Частка мозку	Таламус	Внутрішня капсула	Ніжки мозку	Міст	Довгастий мозок	Мозочок
правий / лівий							

18. Оцінка стану хворого по шкалам (<http://www.cardioneurology.ru/nihss/>) (glasgow, bartel, renkin)

	При поступленні	14 день	При виписці ____ день
Шкала Глазго			
Шкала NIHSS			
Індекс Бартел			
Шкала Ренкіна			

Висновки

Спираючись на Європейський план дій із боротьби з інсультом розроблено методичні підходи до створення сучасної системи надання медичної допомоги хворим на ЦВЗ в мегаполісі. Методичні підходи передбачають комплексну трьохрівневу профілактичну роботу, яку мають проводити як працівники системи надання медичної допомоги так і системи громадського здоров'я. Складовою системи є структурні та організаційні перетворення скеровані на забезпечення хворих доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою. Основою створення системи є розробка комплексної міжсекторальної міської програми боротьби з інсультом як ускладнення цереброваскулярних захворювань.

Базуючись на концептуальних підходах до удосконалення організації медичної допомоги населенню мегаполісу з ЦІ нами розроблена функціонально-організаційна структура спеціалізованого центру надання медичної допомоги при церебральних інсультах.

Основною функціонально-організаційною одиницею спеціалізованої медичної допомоги у мегаполісі при церебральних інсультах стає профільний центр. Розроблена функціонально-організаційна структура спеціалізованого центру дозволяє при концентрації ресурсів, забезпечити їх більш раціональне використання з підвищенням своєчасності, якості та ефективності медичної допомоги шляхом забезпечення раціональних медичних маршрутів пацієнтів в центрі, створення систем безперервного забезпечення якості медичної допомоги, безперервного підвищення професійного рівня медичного персоналу при запровадженні в центрі електронного документообігу, укладання договорів з НСЗ з широким інформуванням населення про принципи роботи центру.

Впровадження сучасної системи надання медичної допомоги при ЦІ дозволить зменшити рівень ускладнень та скорити їх негативні медико-демографічні наслідки шляхом застосування комплексних профілактичних

заходів, формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я та надання своєчасної і ефективної медичної допомоги.

Література

Bamford J., Sandercock P., Dennis M. A prospective study of acute cerebrovascular disease in the community. The Oxford Community Stroke Project 2001–2006 // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. — 2008. — Vol. 51. — P. 23-24.

Bogousslavsky J., VanMell G., Regli F. The Lausanne Stroke Registry: Analysis of 1000 consecutive patients with first stroke // *Stroke*, 2008. — Vol. 19. — P. 1083-1092.

Bonita R. Epidemiology of stroke // *Lancet*, 2002 — Vol. 339. — P. 342-344.

Eisenblatter D., Heinmann L., Ckassen E. Community based stroke trends from the 1970s through the 1980s in East Germany // *Stroke*, 2005. — Vol. 26. — P. 919-923.

Віничук С.М., Прокопів М.М. Гострий ішемічний інсульт, Наукова думка, 2006, 285 с

Гусев Е.И. Эпидемиология инсульта в России/Е.И. Гусев, Е.И.Скворцова, Л.В.Стаховская //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Приложение к журналу «Инсульт», 2003. — Вып. 8. — С. 4-9.

Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html– Назва з екрану.

Кокурина, Е.В. Активное выявление и лечение ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний в практическом здравоохранении / Е.В. Кокурина, Ю.Я. Варакин, И.Е. Колтунов. – М., 2009. – 100 с.

Лихачев, С.А. Первый опыт проведения популяционного регистра инсульта в Республике Беларусь / С.А. Лихачев, С.Д. Кулеш // Украинский неврологический журнал. – 2008. – № 1. – С. 42–47.

Міщенко Т.С. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине. //Український вісник психоневрології. 2017, Том 25, випуск 1 (90), С. 22-24.

Передерий В.Г. Первичная профилактика ишемического инсульта. Современные подходы к профилактике первого инсульта/ В.Г. Передерий, Н.И.Швец, Н.Н. Безюк // Український медичний часопис, 2001. — № 2 (22). — С. 5-15.

Постанова КМУ „ Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік” від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646>. – Назва з екрану.

Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27 грудня 2017 р. № 1101 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>. – Назва з екрану.

Прокопів М.М. Епідеміологія цереброваскулярних хвороб серед жителів міста Києва/ М. М. Прокопів, Г. О. Слабкий //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 4 (82). – С.10-15

Профілактика серцево-судинистих захворювань. ВООЗ. Женева, 2007 – 22с.

Пулик О.Р., Роман В.М., Пулик Р.О. Роль сімейної медицини в оптимізації роботи з профілактики гострих порушень мозкового кровообігу// Науковий вісник Ужгородського університету, серія “ Медицина”, 2002, вип. 18. – С. 25-27

Рекомендації щодо найкращих практик лікування гострого інсульту у Канаді: Долікарняна допомога, невідкладна допомога та стаціонарне лікування гострого інсульту, оновлене 6-е видання (2018).

Роуз, Дж. Эпидемиологические методы изучения сердечно-сосудистых заболеваний / Дж. Роуз, Г. Блэкберн, Р.Ф. Гиллум [и др.]. – Женева : Всемирная организация здравоохранения, 1984. – 223 с.

Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга / З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин, Н.В. Верещагин. – М. : МЕДпресс-информ, 2009 – 352 с.

Хельсингборгская декларация о европейских стратегиях в отношении инсульта, 2006 г. / Под ред. Т. Kjellstrom, В. Norrving, А. Shatchkute. — С. 20-29.

Хельсингборгская декларация о европейских стратегиях в отношении инсульта, 2006 г. / под ред. Т. Kjellstrom, В. Norrving, А. Shatchkute. – С. 20–29.

Чазова, Л.В. Основные эпидемиологические методы изучения сердечно-сосудистых заболеваний. Методические материалы / Л.В. Чазова, А.М. Калинина. – Москва, 1993 г. – 72 с.

Додаток А

Уніфікована анкета для виявлення кардіо-цереброваскулярних захворювань

Паспортні дані

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Стать: чоловіча
жіноча

Дата народження _____

Вік на момент обстеження

Професія _____

Працевдатність в теперішній час:

Працює

Тимчасово непрацевдатний

Пенсіонер

Інвалід

Група інвалідності: I II III

Контактний телефон _____

Дата заповнення _____

ЧАСТИНА I

Розділ А. Анкета Лондонської школи гігієни на виявлення болю у грудній клітці при напруженні («Епідеміологічні методи вивчення серцево-судинних захворювань» Дж. Роуз, Г. Блекберн, Р.Ф. Гіллум, Р. Дж. Прінеас, ВОЗ, Женева, 1984 р.)

1. Чи буває у Вас біль або неприємні відчуття в грудній клітці?

Так

Ні

Якщо "Ні", перейти до питання 14 розділу Б.

Якщо "Так", поставити наступне питання (якщо на наступні питання розділу А буде отримано відповідь, зареєстровану у квадраті, позначеному зірочкою (*), перейти до розділу Б).

2. Чи виникає цей біль (неприємне відчуття) при підйомі в гору або швидкій ході?

Так
Ні *

Ніколи не ходить швидко і не підіймається в гору

3. Чи виникає цей біль (неприємне відчуття) при ходьбі звичайним кроком по рівній поверхні?

Так
Ні

4. Що Ви робите, якщо цей біль (неприємне відчуття) виникає під час ходьби?

Спиняється або йде повільніше
Продовжує йти, не знижуючи темпу *

(позначити «Спиняється або йде повільніше», якщо людина, яку обстежують, продовжує йти після прийому нітрогліцерину).

5. Якщо Ви зупиняєтесь, що стається з болем (неприємним відчуттям)?

Зникає
Не зникає *

6. Як швидко?

10 хвилин або скоріше
Більше 10 хвилин *

7. Чи можете Ви показати, де виникає біль (неприємне відчуття)?

Грудина (верхній або середній відділ)
Грудина (нижній відділ)
Ліва половина грудної клітки спереду
Ліва рука
Інші ділянки

(Записати всі згадані ділянки):

8. Чи відчуваєте Ви цей біль (неприємне відчуття) ще де-небудь?

Так
Ні

(Якщо "Так", записати всю додаткову інформацію): _____

Розділ Б. Додаткові питання

9. Чи виникає у Вас цей біль (неприємне відчуття) в грудній клітці у спокої?

Так

Ні

10. Чи виникає у Вас цей біль (неприємне відчуття) в грудній клітці у зв'язку з емоційним напруженням?

Так

Ні

11. Чи виникає у Вас цей біль (неприємне відчуття) в грудній клітці при виході на холод або ходьбі на холоді?

Так

Ні

12. Чи зникає після прийому нітрогліцерину біль у грудній клітці, який виникає у спокої, при емоційному напруженні або виході на холод?

Так

Ні

Не приймаю

13. Якщо біль зникає, то як швидко?

10 хвилин або скоріше

Більше 10 хвилин

14. Чи діагностувались у Вас коли-небудь такі захворювання?

Так Ні

14.1 Інфаркт міокарду

14.2 Інші хвороби серця

(Уточнити):

14.3 Артеріальна гіпертонія

14.4 Цукровий діабет

14.5 Інші хвороби

(Уточнити):

Розділ В

Анкета Лондонської школи гігієни для виявлення переміжної кульгавості («Епідеміологічні методи вивчення серцево-судинних захворювань» Дж. Роуз, Г. Блекберн, Р.Ф. Гіллум, Р. Дж. Прінеас, ВОЗ, Женева, 1984 г.)

Якщо отримано відповідь, зареєстрована у квадраті, позначеному зірочкою (*), немає необхідності ставити подальші питання.

1. Чи виникає у Вас біль у ногах при ходьбі?

Так

Ні

*

2. Чи виникає цей біль, коли Ви спокійно стоїте або сидите?

Так *

Ні

3. В якій частині ноги Ви відчуваєте цей біль?

Біль охоплює ікру (ікри)

Біль не охоплює ікру (ікри) *

Якщо у відповіді не згадується біль у ікрах, спитати: "Де-небудь в іншому місці?"

4. Чи виникає цей біль при підйомі в гору або швидкій ходьбі?

Так

Ні *

Ніколи не ходить швидко і не підіймається в гору

5. Чи виникає цей біль при ходьбі звичайним шагом по рівному місці?

Так

Ні

6. Чи зникає біль, якщо Ви продовжуєте йти?

Так *

Ні

7. Що Ви робите, якщо біль виникає під час ходьби?

Зупиняється або йде повільніше

Продовжує йти, не знижуючи темпу *

8. Якщо Ви зупиняєтесь, що стається з болем?

Зникає

Не зникає *

9. Як швидко?

10 хвилин або скоріше

Більше 10 хвилин *

ЧАСТИНА II

Анкета для виявлення гострих порушень мозкового кровообігу в анамнезі та початкових форм хронічної цереброваскулярної патології

1. Чи виникала у Вас коли-небудь раптово короточасна слабкість або незграбність при русі в одній руці або нозі, або в руці та нозі одночасно, так, що Ви не могли взяти або утримати предмет, підвестися зі стільця, пройтися по кімнаті?

Так

Ні

Якщо "Так", то як довго тривала слабкість в руці або нозі?

Декілька хвилин

Декілька годин

Близько доби

Більше доби

2. Чи виникало у Вас коли-небудь раптове короточасне заніміння в одній руці, нозі, половині обличчя, губи або язика?

Так

Ні

Якщо "Так", то як довго тривало заніміння в руці, нозі або обличчі?

Декілька хвилин

Декілька годин

Близько доби

Більше доби

3. Чи виникала у Вас коли-небудь раптова короткочасна втрата зору на одне око?

Так

Ні

Якщо "Так", то як довго тривало порушення зору?

Декілька хвилин

Декілька годин

Близько доби

Більше доби

4. Зазначені в пунктах 1-3 порушення виникали:

Однократно

Повторно

5. Чи звертались Ви з приводу зазначених порушень до лікаря?

Так

Ні

Якщо "Так", то який діагноз поставив лікар?

Інсульт

Порушення мозкового кровообігу

Минущі порушення мозкового кровообігу

Інший діагноз

(Уточнити): _____

6. Чи доводилось Вам викликати швидку допомогу у зв'язку з різким погіршенням самопочуття (сильний головний біль, нудота, блювота), пов'язані з підвищенням артеріального тиску, і лікар сказав, що у Вас гіпертонічний криз?

Так

Ні

Зазначені в цьому пункті порушення виникали:

Однократно

Повторно

7. Чи непокоїть Вас часто (кожен тиждень) або постійно головний біль?

Так

Ні

8. Чи непокоїть Вас часто (кожен тиждень) або постійно запаморочення?

Так

Ні

9. Чи непокоїть Вас часто (кожен тиждень) або постійно шум у голові?

- Так
Ні
10. Чи відзначаєте Ви значне погіршення пам'яті?
Так
Ні
11. Чи відзначаєте Ви значне зниження працездатності?
Так
Ні
12. Чи доводиться Вам робити записи, щоб запам'ятати поточну інформацію, чого раніше не було потрібно?
Так
Ні
13. Чи стало погіршення пам'яті заважати Вам на роботі, в повсякденному житті?
Так
Ні
14. Чи виникають або посилюються явища, відзначені в пунктах № 7-11, при перевтомі, хвилюванні?
Так
Ні
15. Чи зникають явища, відзначені в пунктах № 7-11, або їх вираженість зменшується, після повноцінного відпочинку?
Так
Ні
16. Чи вважаєте Ви себе спокійною, врівноваженою людиною?
Ні
Скоріше ні, чим так
Скоріше так
Так
17. Як Ви думаєте, чи оточуючі вважають Вас спокійною, врівноваженою людиною?
Ні
Скоріше ні, чим так
Скоріше так
Так

Додаток Б

Інструкція до заповнення анкети для виявлення різних форм цереброваскулярних захворювань

Далі додано пояснення до кожного питання анкети, які допоможуть інтерв'юеру отримати від пацієнта більш точну інформацію:

Анкета для виявлення гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) в анамнезі включає 6 питань. Питання № 1-5 призначені для виявлення інсульту та транзиторної ішемічної атаки (ТІА), питання № 6 – для виявлення гіпертонічного церебрального кризу (ГЦК).

Питання № 1. Тут мається на увазі не загальна слабкість, біль в руці або нозі, а слабкість або незграбність при рухах у кінцівках, яка виникла раптово (несподівано для пацієнта) протягом декількох хвилин або годин, яка проявлялась у неспроможності взяти або утримати який-небудь предмет (наприклад, чашку, ручку), підняти руку або стиснути її в кулак. Слабкість або незграбність у нозі могла проявлятися у вигляді раптово виниклої «кульгавості», неспроможності підвестися зі стільця, пройти по кімнаті.

Далі перелічені найбільш розповсюджені патологічні стани, при яких можуть з'являтися схожі порушення у руці або нозі:

- попередня травма ;
- больовий синдром;
- загальна м'язова слабкість, що виникла при фізичному навантаженні, перевтомі;
- захворювання суглобів;
- патологія опорно-рухового апарату: заніміння та біль у руці або нозі;
- порушення периферичного кровообігу – судоми.

Питання № 2. Для ГПМК характерне тільки заніміння, що виникало раптово. Заніміння також могло проявлятися у вигляді порушення чутливості або «поколювання» в зонах, перелічених у питанні.

До заніміння, не характерного для ГПМК належать:

- тривало присутнє заніміння пальців обох рук;
- заніміння обличчя при нейропатії трійчастого нерву;
- заніміння руки при остеохондрозі або травмі шийного відділу хребта, плечолопатковому периартеріїті;
- полінейропатії (діабетична, алкогольна та ін.).

Питання № 3. До ГПМК належить тільки раптово виникаюча сліпота на одне око, внаслідок порушення кровопостачання сітківки, обумовленого артеріо-артеріальною мікроемболією або порушенням кровообігу в басейні задніх мозкових артерій. Транзиторна монокулярна сліпота (amaurosis fugax) також є діагностичним критерієм ТІА.

Не має відношення до ГПМК поступове, стійке зниження зору (короткозорість або далекозорість), а також порушення зору, які проявляються мерехтінням "мушок" перед очима, "затуманюванням" зору. При виявленні мінущої сліпоти на одне око, слід уточнити, чи є людина пацієнтом офтальмолога, страждає на глаукому, захворювання зорового нерву та ін.

При виявленні зазначених вище причин короткочасного зниження зору на одне око, не пов'язаних з судинною патологією мозку, цей пункт анкети вважається «негативним».

Питання № 6. ГЦК (гіпертензивний церебральний криз) характеризується раптовою появою виражених загально-мозкових проявів – головного болю, нудоти, блювання, що з'являються на фоні додаткового підвищення АТ. При цьому різко погіршується загальний стан пацієнта, який змушений лягти у ліжку і викликати швидку медичну допомогу. Слід зазначити, що тяжкість прояв ГЦК не завжди відповідає показникам АТ. Для діагностики ГЦК вирішальне значення має вірна інтерпретація скарг та симптомів, а не ступінь підвищення АТ.

Питання № 7-17 виявляють симптоми хронічних форм цереброваскулярної патології – синдрому початкових проявів недостатності мозкового кровообігу (ППНМК) і дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕП).

Питання № 7. «Головний біль» є проявом хронічної цереброваскулярної патології. Головний біль також може виникати при мігрені, посттравматичному синдромі, захворюванням очей (глаукома, астигматизм та ін.), ЛОР-органів (синуситах), захворюваннях висково-нижньощелепного суглоба, невралгії потиличного та/або трійчастого нервів, патології шийного відділу хребта, а також на фоні прийому деяких вазоактивних препаратів (нітрати, антагоністи кальцію дигідропіридинового ряду).

Питання № 8. «Запаморочення» - одна з найчастіших скарг хворих з хронічною цереброваскулярною патологією. Однак запаморочення також може виявлятися у пацієнтів з захворюваннями ЛОР-органів (хвороба Мен'єра, патологія лабіринту, доброякісне позиційне запаморочення), психовегетативними розладами, невротичним синдромом, вестибулопатією. Нерідко хворий скаржиться на подвоєння контурів предметів, дизартрію, попірхування при глитанні. При цьому зазвичай відсутній шум у вухах та зниження слуху.

Питання № 9. «Шум у голові» може бути симптомом ЦВЗ, однак його також необхідно диференціювати з захворюваннями ЛОР-органів, а також різними психогенними порушеннями.

Для діагностики ППНМК і ДЕП такі симптоми як головний біль, запаморочення та шум у голові беруться до уваги, якщо вони відзначаються у пацієнта не рідше одного разу на тиждень протягом не менш трьох останніх місяців.

Питання № 10-13. «Погіршення пам'яті» та «зниження працездатності» найчастіше виявляються у хворих на ДЕП, але також враховуються у якості симптомів ППНМК. Необхідно знати, що «погіршення пам'яті» може бути

індивідуальною особливістю пацієнта (“пам’ять завжди була поганою”), бути наслідком дегенеративних захворювань нервової системи, енцефалопатії іншого генезу (посттравматичною, алкогольною, діабетичною), психогенних порушень. «Зниження працездатності» може бути проявом соматичної патології (гіпотиреоз, цукровий діабет, клімактеричний синдром та ін.), невротичного синдрому.

Питання № 14, 15. Для синдрому ППНМК характерне виникнення або посилення «церебральних» скарг при перевтомі, хвилюванні, перебуванні в задушному приміщенні та ін. Вони повністю зникають або їх вираженість зменшується після відпочинку. При ДЕП «церебральні» скарги стійкі і не зникають після відпочинку.

Питання № 16, 17. Призначені для оцінки критики стану пацієнта. Для синдрому ППНМК характерне збереження критики стану – відповіді на 16 та 17 питання співпадають. У пацієнта з ДЕ по мірі прогресування захворювання критика стану знижується.

Методичні рекомендації щодо оптимізації медичної допомоги населенню мегаполісу із цереброваскулярними хворобами

Розробники:

Слабкий Г.О. – д.мед.н., професор

Прокопів М.М. – к.мед.н., доцент

Вихідні дані типографії