



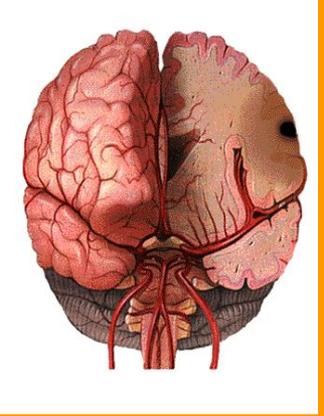
Особенности ведения больных ОНМК в условиях модернизации здравоохранения

«Страшны не только смерть, старость и безумие. Существует, например, апоплексия – это громовой удар. Он поражает вас, но не уничтожает, однако после него все кончено. Это все еще вы и уже не вы; вы, который были почти ангелом, становитесь неподвижной массой, которая уже почти животное; на человеческом языке это называется попросту апоплексией...»

А.Дюма «Граф Монте-Кристо» (1844-45г.г.)



**Тюрьма на острове Иф,
Марсель, Франция**



Актуальность проблемы инсульта

- В структуре **смертности** в развитых странах инсульт занимает **3-е** место после ишемической болезни сердца и рака
- В последние годы **частота** инсультов превысила более, чем в **2 раза частоту инфарктов миокарда**
- После **55 лет риск развития инсульта** возрастает вдвое с увеличением возраста на каждые **10 лет**
- Частота развития постинсультной **депрессии** **26 – 60%** (по российским данным более 40%)



Эпидемиология инсульта в России

- **Частота:**

400 000 – 450 000 новых случаев в год, т.е. всего в России > 1 млн. больных повторных – 26 – 32%

- **Летальность:**

в остром периоде (до 21 дня) – 35%
к концу 1 года – 47 – 50%

- **Инвалидизация:**

к труду возвращается 12 – 20% больных (занимает 1 место среди причин инвалидности)

- **Госпитализация** – 40 – 52%



**Соотношение
ишемического/геморрагического
инсульта
(эффективность лечения АГ):**

- **В развитых странах:
5,5 - 7 : 1**
- **В развивающихся:
3 - 5 : 1**



Приказы:

- пр. №25 от 25.01.1999 МЗ РФ,
- пр. № 534 от 22.08.2005 МЗ СР РФ
- пр. № 513 от 1.08.2007 МЗ СР РФ
- пр. №389н от 6.07.2009 МЗ СР РФ
- пр. №316н от 13.04.2011 МЗ СР РФ
- пр. №357н от 27.04.2011 МЗ СР РФ

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ (89с.)

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инсульт

Код по МКБ-10: I 64

Фаза: острая

Стадия: любая

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: стационарная помощь

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставлен ия	Среднее количест во
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы	1	1
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы	1	1
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы	1	1
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1

Приложение N 5
к Порядку оказания медицинской
помощи взрослому населению
при заболеваниях нервной системы
по профилю "неврология",
утвержденному Приказом
Минздравсоцразвития РФ
от 13 апреля 2011 г. N 316н

СТАНДАРТ
ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ВРАЧА-НЕВРОЛОГА
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (КАБИНЕТА ВРАЧА-НЕВРОЛОГА
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

Наименование	Требуемое количество, шт.
Рабочее место врача	1
Шкаф медицинский	1
Кушетка медицинская	1
Термометр медицинский	1
Негатоскоп	1
Камертон	1
Неврологический молоточек	1
Тонометр	1
Персональный компьютер с программами когнитивной реабилитации <*>	1

<*> Для обеспечения выполнения функций клинико-диагностического кабинета используется медицинское оборудование других структурных подразделений медицинской организации, в составе которой он создан.

Приложение № 9
к Порядку оказания медицинской
помощи взрослому населению
при заболеваниях нервной системы
по профилю "неврология",
утвержденному Приказом
Минздравсоцразвития РФ
от 13 апреля 2011 г. № 316н

СТАНДАРТ
ОСНАЩЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Наименование	Требуемое количество, шт.
Рабочее место врача	по количеству врачей
Кровать функциональная	по числу коек
Стол прикроватный	по числу коек
Кресло туалетное (или туалетный стул)	1 на 10 коек
Матрас противопролежневый	1 на 10 коек
Кресло-каталка	1 на 15 коек, не менее 2
Тележка для перевозки больныхвнутрикорпусная	1 на 15 коек, не менее 2
Штатив для капельниц	1 на 5 коек, не менее 10
Система палатной сигнализации	1
Система для централизованной подачи кислорода <*>	1
Термометр медицинский	по количеству коек
Негатоскоп	не менее 1
Аспиратор (отсасыватель) медицинский	не менее 2
Эхоэнцефалоскоп	1
Кушетка массажная	1 на 15 коек
Анализатор глюкозы в крови (глюкометр), экспресс-анализатор портативный	1
Стабилограф компьютерный (устройство для диагностики функции равновесия) <*>	1
Электроэнцефалограф <*>	1
Электромиограф (нейромиограф, миограф) <*>	1
Персональный компьютер с программами когнитивной реабилитации <*>	2 на 60 коек

Алгоритм диагностики ОНМК (Гусев Е.И., 1997)

«Терапевтическое окно»: первые 3-6 часов!

24
ч

3-5д.

21 д.

6 мес.

2 года

Острейший период	Острый период	Ранний восст. период	Поздний восст. период	Стойкие остат. явления
ПНМК	Малый инсульт	Инсульт со стойкими остаточными явл.		

Инсульт

Геморрагический

- Паренхиматозное
- Субарахноидальн. с/п и п/с
- Вентрикулярное
- Паренхиматозно-вентрикулярное

Смешанный

Ишемический

- Атеротромботический
- Кардиоэмболический
- Гемодинамический
- Лакунарный
- Гемореологическая микроокклюзия



проблема ведения больных ОНМК с АГ:

- Исследование мозгового кровотока у больных цереброваскулярной патологией показывает, что **гипоперфузия** головного мозга возникает уже при **снижении АД на 20%** относительно исходного уровня, что предрасполагает к развитию ишемического поражения головного мозга.

Е.И.Гусев и др. (2002),

З.А.Суслина (2002-2006),

Н.Н.Яхно, В.А.Парфенов (2004)



Проблема:

- Частота **гемодинамических** ишемических инсультов - **15%**
- В **2%** случаев ишемический инсульт развивается на фоне значительного снижения АД, вызванного **передозировкой антигипертензивных препаратов**

Е.И.Гусев и др. (2002), З.А.Суслина (2002)



Пути решения:

- В случае удовлетворительной переносимости антигипертензивного препарата при стабильных показателях АД в течение 6 мес. необходимо постепенно снизить дозу, если это представляется возможным_ (В.А.Сорокоумов, 2002; Суслина З.А.,2005; С.Warloy et al. 1998,).
- Уровень АД недопустимо снижать ниже 180-190/100-110 мм рт.ст. при развившемся инсульте (Н.В.Верещагин, М.А. Пирадов, 2002; рекомендации Европейской инициативной группы по проблеме инсульта,2002)



Пути решения:

- У больных с цереброваскулярной патологией во многих случаях целесообразен прием более **низких доз** антигипертензивных средств.

Н.Н.Яхно, В.А.Парфенов (2005),

Н.Н.Яхно, В.А.Парфенов (2001)

Н.А.Яковлев (2001)

Г.Г.Арабидзе и др. (1997)

Ю.Я.Варакин и др. (1996)



Пути решения:

- У пациентов с атеросклеротическим **стенозом МАГ** оптимальным является постепенное снижение АД в среднем на **10 - 15 % от исходного** уровня.
- Для **пожилых** пациентов дозы гипотензивных препаратов должны быть **вдвое меньше**, чем стандартные дозы для лиц среднего возраста.



Уровни желательного АД у больных артериальной гипертензией в зависимости от типа перенесенного инсульта

Тип инсульта	Уровни желательного ДАД
Геморрагический	< 80 мм рт.ст.
Атеротромботический	80-84 мм рт.ст.
Лакунарный	80-84 мм рт.ст.

После нарушения мозгового кровообращения у больных с ДАД < 80 мм рт.ст. оптимальными являются уровни САД 140-150 мм рт.ст. При более высоких уровнях ДАД риск повторного нарушения мозгового кровообращения наименьший при САД < 140 мм рт.ст. независимо от типа перенесенного инсульта



Первичная (вторичная) профилактика инсульта: *снижение заболеваемости инсультом:*

- Антигипертензивная терапия – на 36%
- Непрямые антикоагулянты (варфарин) по показаниям – на 39%
- Антиагрегантная терапия (аспирин, дипиридамо́л, тиклопидин, клопидогрель) – на 17%
- Ангиохирургическая коррекция – на 12%
- Гиполипидемическая терапия (статины) – на 31%

Скворцова В.И., 2007



Вторичная профилактика инсульта

- Антигипертензивная терапия- **кат.А**
- Непрямые антикоагулянты (варфарин) по показаниям- **кат.А**
- Антиагрегантная терапия (аспирин, дипиридамол, тиклопидин, клопидогрель)- **кат.А**
- Статины- **кат.А**
- Ангиохирургическая коррекция- **кат.А**



К модернизации здравоохранения в ЧО приняты:

модели пациентов пр. 513 от 1.08. 2007г.

- **4 модель пациента:** инфаркт мозга (*I 63*)
- **9 модель пациента:** инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (*I 64*)
- **10 модель пациента:** инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое кровоизлияние, инфаркт мозга (*I 60, I 61, I 63, I 64*)



***«То, что в нем (лечении) точно,
требуется многого труда и
весьма неясно для
обыкновенного человека, а то,
что кратко и легко, то, напротив,
неточно»***

(Клавдий Гален)