

© В. А. Сорокоумов, Ю. Д. Богатенкова, 2016 г.
УДК 616.831-005.1-036.865-084

В. А. Сорокоумов, Ю. Д. Богатенкова

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА НА ТРЕТЬЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ: СОДЕРЖАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ

Кафедра неврологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова; Городской консультативно-диагностический центр № 1, Санкт-Петербург

Вторичная профилактика инсульта начинается в первые дни после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и продолжается пожизненно. Ее содержание — медикаментозное и хирургическое лечение, изменение образа жизни — остается постоянным, хотя актуальность конкретных методов меняется с течением времени после инсульта и по мере увеличения возраста пациента.

Качество жизни больного, перенесшего инсульт, зависит от многих факторов: основной причины и тяжести инсульта, коморбидности, социального статуса, семьи и многих других, но главными условиями являются степень восстановления нарушенных функций и снижения риска повторных нарушений мозгового кровообращения, т. е. реабилитация и вторичная профилактика инсульта. Бесспорно, максимальная эффективность этих двух подходов может быть достигнута при совместном применении методов реабилитации и вторичной профилактики инсульта для каждого отдельного пациента.

В то же время единство этих двух подходов не означает, что одного специалиста по реабилитации достаточно для решения всех проблем профилактики повторного инсульта у данного больного. В процессе диспансерного наблюдения за такими пациентами возникает много вопросов, решение которых представляет трудности для терапевта, кардиолога и даже невролога поликлиники и требует участия такого специалиста, как ангионевролог, хорошо знающего причины нарушений мозгового кровообращения, умеющего правильно назначать и оценивать методы обследования и на основе клинических и инструментальных данных принимать решения об адекватности и эффективности проводимого лечения.

Так, одной из первоочередных задач ангионевролога на третьем этапе реабилитации является *уточнение непосредственной причины ОНМК*, которая может оставаться неясной после стационарного лечения, а выявление которой определяет эффективность предупреждения повторного ОНМК (источник эмболии в сосуды головного мозга, стенозы и тромбозы интракраниальных артерий, диссекция

одной из брахиоцефальных артерий, тромбоз внутричерепных вен и венозных синусов, васкулиты, патогенез кровоизлияний и пр.). Другими достаточно специальными задачами являются *варианты лечения*, например, оценка показаний к хирургическим методам лечения или ангиопластике при асимптомном и симптомном атеросклеротическом стенозе/тромбозе брахиоцефальных или внутричерепных артерий (которые могут меняться в процессе длительного наблюдения за пациентом), оценка адекватности методов антитромботической терапии (в том числе выявление случаев резистентности к антитромбоцитарным препаратам). Во многих случаях требуется хорошее взаимодействие с кардиологом и ангиохирургом, решение ряда вопросов на основе мультидисциплинарного подхода, который доказано эффективен не только в остром периоде инсульта и в процессе реабилитации на всех этапах после ОНМК, но и в процессе вторичной профилактики инсульта и инфаркта миокарда.

Наш опыт показывает, что в мегаполисе, когда большому числу больных, перенесших инсульт, требуется лечение в амбулаторных условиях, организовать качественно процесс вторичной профилактики инсульта, используя стандартную организацию диспансеризации, очень сложно. Возникает необходимость многочисленных консультаций в специализированных учреждениях, нередко повторной госпитализации, процесс принятия решений затягивается, анализ эффективности работы затруднен. Более эффективен, с нашей точки зрения, другой подход: концентрация амбулаторной ангионеврологической службы в нескольких учреждениях города (на базе крупных межрайонных поликлиник, диагностических центров или больниц, где имеются необходимые специалисты и современная аппаратура).

Такой подход реализован в Городском консультативно-диагностическом центре № 1 Санкт-Петербурга. В этом учреждении в 1995 г. было организовано ангионеврологическое отделение, имеются кардиологическое отделение, в частности, кабинет варфарина, диабетологический центр, такие специалисты, как гематолог, сосудистый хирург, эндокринолог, ультразвуковая диагностика состояния сосудов и сердца, МСКТ и МРТ и МР-АГ, ЭХО-КГ и ХМ, хорошо оснащена лабораторная служба и пр. Такое сочетание условий позволяет уточнять причину инсульта и определять оптимальную тактику вторичной профилактики на основе мультидисциплинарного подхода.

Опыт такой работы показал целесообразность выделения групп пациентов, перенесших инсульт или имеющих высокий риск инсульта, с целью проведения консультаций по определенным алгоритмам действий. Это пациенты молодого возраста, перенесшие инсульт; пациенты с кардиогенным

инсультом (доказанным или требующим уточнения); гемодинамически значимым стеноокклюзирующим поражением БЦА или/и внутричерепных артерий; после хирургической реваскуляризации или ангиопластики; после инсульта вследствие тромбоза внутричерепных вен и венозных синусов.

Однако система работы ангионеврологического отделения, сложившаяся до реорганизации консультативной помощи больным, прежде всего, по направлениям поликлиник, что приводило к большому числу обращений пациентов с диагнозами, имеющими слабую связь с риском инсульта (головные боли различного генеза, головокружения, хроническая недостаточность кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне, состояния тревоги и депрессии и ряд других). Несмотря на то, что первичные обращения достигали 7000 – 8000 пациентов в год, доля больных, перенесших инсульт и выписанных из отделений острого инсульта, составляла даже в 2013–2014 гг. не более $\frac{1}{3}$ всех обращений, а больные с диагнозами дисциркуляторной энцефалопатии – 42 %.

Таким образом, в настоящее время необходимо значительно изменить задачи и организацию амбулаторной ангионеврологической службы в городе, учитывая следующее:

- максимальное участие ангионевролога в ведении больных, выписанных из отделений острого инсульта, а также после операций на БЦА;
- как можно более раннее обращение в амбулаторное ангионеврологическое отделение (центр) после выписки;

– обращение по прямому направлению из стационара;

– активное наблюдение за пациентом в течение двух лет после инсульта;

– диагностика и лечение пациентов с высоким риском инсульта, направленных из поликлиник.

Расчетный объем работы для всего города может составлять около 10 000 пациентов в год после острого периода инсульта, а с учетом увеличения доли таких пациентов за 2 года диспансеризации – 20 000 – 30 000 обращений. При этом целесообразно учитывать потребности неврологов и терапевтов поликлиник, обоснованные направления которых могут составлять до 25 % от всех первичных обращений.

С учетом нынешних возможностей ангионеврологического отделения ГКДЦ № 1, на этой базе возможно обеспечить обследование и наблюдение примерно 40 – 50 % от общего числа нуждающихся в такой помощи пациентов. Поэтому в процессе реорганизации в СПб. системы вторичной профилактики инсульта у больных, перенесших инсульт, целесообразно воссоздать Городской ангионеврологический центр на базе ГКДЦ № 1; организовать 2 – 3 аналогичных центра в других районах города, с общей компьютерной программой диспансеризации (регистром) для Центров и *введением ставки статистика в каждом Центре* для оценки полноты проводимого лечения и приверженности пациентов к выполнению каждого из компонентов профилактики, а также для анализа заболеваемости и смертности в этой группе пациентов, перенесших инсульт.