
Часть IV

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ В НЕЙРОСОСУДИСТОМ ОТДЕЛЕНИИ

М.А. Евзельман, В.И. Байраков

Орловская городская больница скорой медицинской помощи им. Н.А. Семашко

В настоящее время убедительно доказано, что лечение больных с ишемическим инсультом в специализированных отделениях с палатами интенсивной терапии приводит к значительному снижению смертности и нетрудоспособности по сравнению с результатами их ведения в общетерапевтических отделениях [1].

Неврологическое отделение больницы скорой медицинской помощи (БСМП) им. Н.А. Семашко на 40 коек для больных с нарушениями мозгового кровообращения с палатой интенсивной терапии (ПИТ) на 6 коек оказывает экстренную круглосуточную неврологическую помощь населению города.

Госпитальный регистр инсульта был проведен в 2002–2004 гг. За этот период из нейрососудистого отделения больницы им. Н.А. Семашко выбыли 3929 человек, из них больных с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) – 3040 (77,4%), с ОНМК – 1398 (46% от всех больных с ЦВЗ). С ишемическим инсультом за эти годы выбыли 1085 (77,6%) человек, из них мужчин – 500 (46,1%), женщин – 585 (53,9%). С геморрагическим инсультом выбыли 313 (22,4%) человек. Следует отметить, что острым инсультом чаще заболевали женщины – 748 (53,5%), чем мужчины – 650 (46,5%) человек. Из 1398 больных, госпитализированных в нейрососудистое отделение больницы, ОНМК чаще заболевали люди старше 50 лет – 1243 (88,9%) человек, в возрасте 50–59 лет – 290 (20,7%), в возрасте 60–69 лет – 426 (30,5%), а в возрасте 70 лет и старше – 527 (37,7%) человек. В возрасте 70 лет и старше женщины (299 чел.) заболевали ишемическим инсультом в 2 раза чаще, чем мужчины (144 чел.).

Следует отметить снижение летальности за период 2002–2004 гг. при ОНМК с 27,8 до 19,8%, при ишемическом инсульте – с 17,7 до 12,0%, при геморрагическом – с 59,7 до 50,0%.

Большое место в лечебно-диагностическом процессе отводилось палате интенсивной терапии. За исследуемый период в ПИТ пролечены 3094 больных, что составляет 46,5% от всех больных, поступивших в отделение. Из них с инсультом пролечены и переведены 1565 (50,6%) человек, в том числе с ишемическим – 931 (59,5%), с геморрагическим – 634 (40,5%). Пролечены 550 (17,8%) больных в коматозном состоянии. Общая летальность по ПИТ составила 18,2%. Остается высоким процент досуточной летальности – 22%. Искусственная вентиляция легких проводилась в 468 (15,1%) случаях, катетеризация подключичной вены – в 1003 (32,4%). На зондовом питании находились 597 (19,3%) больных. Опыт нашей работы показывает, что ПИТ является неотъемлемым звеном экстренной помощи больным с неотложными неврологическими состояниями.

Оснащение ПИТ соответствовало рекомендациям МЗ и СР: электрокардиограф, 4 аппарата для проведения ИВЛ, нейрофизиологическое оборудование фирмы «МБН» (реограф, энцефалограф, эхоэнцефалоскоп). Имеются прикроватные мониторы для динамического наблюдения за больным (пульс, артериальное давление, ЭКГ).

В отделении использовался мультидисциплинарный подход в оказании помощи больным с ОНМК. В состав бригады входили: невролог, терапевт-кардиолог, врач и инструктор ЛФК, врач-физиотерапевт, нейропсихолог-логопед, психиатр, медицинские сестры, специально обученные приемам ведения больных в палатах интенсивной терапии и ранней реабилитации. При необходимости осуществлялась консультация врачей всех специальностей (окулиста, ЛОР-врача, хирурга и др.). Врачи-неврологи, работающие в ПИТ

нейрососудистого отделения, дополнительно сертифицированы по вопросам неотложных состояний в неврологии, владеют всеми методами реанимации и интенсивной терапии, знакомы с основами функциональной диагностики (нейрофизиология, электрокардиография).

В ПИТ нейрососудистого отделения проводилось лечение от момента поступления больного в стационар до стабилизации его состояния с дальнейшим переводом в палаты ранней реабилитации. Работа в палатах интенсивной терапии осуществлялась круглосуточно, в ее основе лежал мультидисциплинарный принцип организации лечебно-диагностического процесса.

Ведущим являлся врач-невролог, обученный методам интенсивной терапии и реанимации. Он оценивал тяжесть состояния больного, ставил предварительный диагноз, определял ведущий синдром, следил за гомеостазом, состоянием сердечно-сосудистой, дыхательной и двигательной систем, выбирал оптимальные методы лечения с ежедневной их коррекцией, дифференцировал инсульт от состояний со сходной клиникой (обморок, гипогликемия, острое нарушение сознания в результате передозировки лекарственных препаратов, наркотиков, эпилепсии, менингита, энцефалита и др.), оценивал результаты лечения с применением балльной оценки по шкалам. При необходимости длительной инфузионной терапии (под контролем центрального венозного давления) проводил катетеризацию подключичной вены. При нарушении дыхания выставлял показания и переводил больного на ИВЛ с проведением в полном объеме всех мероприятий для больного на ИВЛ. Оценивал данные ЭКГ, нейрофизиологических методов исследования (ЭЭГ, РЭГ, УЗДГ, ЭХО-ЭС). Совместно с терапевтом проводил лечение осложнений инсульта (пневмония, пароксизмы мерцательной аритмии, тромбоэмболия легочной артерии, инфекции мочевыводящих путей); коррекцию уровня глюкозы крови, лечение сердечно-сосудистой недостаточности, обострений хронических панкреатитов, гепатитов. Таким образом, врач, работавший в ПИТ, имеет опыт ведения широкого спектра заболеваний и может вести больного с инсультом в целом.

Лечение в ПИТ проводилось под постоянным мониторингом основных параметров гемостаза, артериального давления, глюкозы, электролитов, осмолярности, контроля диуреза – основного показателя баланса жидкости в организме. Через каждые 3 часа в листы наблюдения за больным заносились параметры АД, пульса, температуры тела, количество вводимой жидкости и диуреза.

При невозможности самостоятельного глотания больной переводился на зондовое питание (сбалансированное по калорийности) не позднее вторых суток с момента развития инсульта. В ПИТ выполнялся комплекс гигиенических мероприятий, необходимых для больного с инсультом.

В качестве базисной терапии использовался широкий спектр современных лекарственных препаратов согласно алгоритму ведения больных с острым инсультом. Базисная терапия включала нормализацию артериального давления, КОС, водно-электролитного баланса, глюкозы крови, осмолярности, коагуляционных показателей, а также профилактику и лечение синдрома полиорганной недостаточности (СПОН). С первых суток заболевания назначалась кинезотерапия.

Длительность пребывания больного в ПИТ определялась его состоянием, стабилизацией неврологического дефицита, компенсацией сопутствующей тяжелой соматической патологии. Средний койко-день пребывания в ПИТ составлял 4,5.

При стабилизации состояния на 5–7-е сутки заболевания больные из ПИТ переводились в палаты ранней реабилитации сосудистого неврологического отделения. Критериями перевода являлись: ясное сознание с уровнем бодрствования, достаточным для удержания внимания и выполнения инструкции по кинезотерапии; адекватность результатов вегетативных проб, отражающих функциональные резервы сердечно-сосудистой и дыхательной систем больного; отсутствие тяжелой соматической патологии, «свежих» ишемических изменений на ЭКГ,

выраженных нарушением сердечного ритма, одышки, тромбофлебитов и тромбозов вен; отсутствие грубой сенсорной афазии и когнитивных расстройств. Основным показанием для перевода являлось наличие двигательных расстройств разной степени выраженности, включая глубокие парезы и пlegии конечностей, афферентные парезы, атаксии.

Больные с нарушенным сознанием, тяжелой соматической патологией, грубой сенсомоторной афазией и когнитивными расстройствами, препятствующими активному вовлечению их в реабилитационные мероприятия, переводились в палаты поддерживающей продолженной терапии, где продолжалось проведение медикаментозной патогенетической терапии, направленной на улучшение перфузии головного мозга, нейропротекцию, улучшение регенеративно-репаративных процессов, а также проведение вторичной профилактики (предотвращение повторных нарушений мозгового кровообращения) и симптоматической терапии, включавшей коррекцию сна и психического статуса больных, уменьшение выраженности болевого синдрома.

Анализ работы нейрососудистого отделения БСМП им. Н.А. Семашко с палатой интенсивной терапии убедительно показал его эффективность в снижении смертности и инвалидизации больных с ОНМК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ишемический инсульт. Профилактика и лечение. – Рекомендации EUSI, 2003.
2. Сковцова В.И., Евзельман М.А. Ишемический инсульт. – Орел, 2006. – 400 с.
3. Сковцова В.И. // Медицина, 2004. – № 4. – С. 10-12.

МЕТОД АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ И СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ

В.П. Зыков, Л.Б. Иванов, А.В. Будкевич

Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ

Консультативно-диагностический центр при детской городской больнице № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Тикозные гиперкинезы являются одной из актуальных проблем современной невропатологии, поскольку частота встречаемости их среди детского населения, по данным разных авторов, составляет 6% [6,7].

При изучении проблемы тиков особое внимание уделяется не только купированию тикозных гиперкинезов, но и лечению сопутствующих психических расстройств, так как именно последние определяют качество жизни больного, степень его адаптации и социальной реабилитации. У многих пациентов, страдающих тиками, наблюдаются различные психопатологические состояния. Так, рядом авторов выявлена прямая взаимосвязь между степенью выраженности гиперкинетических расстройств и сопутствующих им поведенческих нарушений. Гиперкинезы у детей часто сочетаются с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [1]. Нередко начальные симптомы СДВГ предшествуют развитию тикозных расстройств [4]. У 50-75% больных с синдромом Жиль де ла Туретта имеются проявления, соответствующие критериям синдрома дефицита внимания и гиперактивности [3]. Природа взаимосвязи между этими двумя синдромами изучена недостаточно. До сих пор не решен вопрос, является ли СДВГ следствием тикозных расстройств, либо сопутствующим нарушением.

В течение последних десятилетий за рубежом предпринимаются попытки использования метода аудиовизуальной стимуляции (АВС) в терапии СДВГ. Технология АВС-воздействия с помощью мерцающего света и звука с частотой в