

В.В. Крылов¹, А.А. Скороход², Ф.В. Олешкевич², В.Г. Лапатухин³

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ
КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

*НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, г. Москва, Россия¹,
Белорусский государственный медицинский университет²,
Городской противоинсультный центр, г. Пенза, Россия³*

Представлены различные модели организации оказания экстренной нейрохирургической помощи больным с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями. Указаны основные проблемы организации лечения больных с данной патологией на различных этапах госпитализации, определены пути их решения.

Нетравматические внутричерепные кровоизлияния являются важной медицинской и социальной проблемой [1,5,7,8]. В настоящее время остается очень много недостатков в организации экстренной нейрохирургической помощи больным с данной патологией. Часто этим пациентам на до-

госпитальном этапе оказывается неспециализированная медицинская помощь врачами линейных бригад скорой помощи и поликлиник [4,11]. Отсутствие специальной неврологической подготовки приводит к ошибочной диагностике данной патологии и непрофильной госпитализации, а, следовательно, и к не-

адекватному лечению. Очень часто врачи догоспитального этапа вместо специализированного нейрохирургического отделения госпитализируют больных в неврологические отделения общего профиля с ограниченными диагностическими возможностями [6,9,11]. Достаточно сложная ситуация сложилась в сельской местности, так как там больных или не госпитализируют вообще, или, в лучшем случае, направляют в участковую больницу. Все это не может не сказываться на увеличении смертности и инвалидизации данной категории больных [2,3,7,12].

Целью данного исследования является улучшение качества оказания экстренной нейрохирургической помощи больным с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями.

Материал и методы

Представляем несколько моделей организации лечения больных с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями:

1. Организация выездной нейрохирургической бригады, способной в короткие сроки перевести больного в профильное нейрохирургическое отделение.

Эта модель разработана и внедрена в отделении нейрохирургии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

Комитетом здравоохранения Москвы был издан приказ от 02.08.99 № 355 «О мерах по улучшению медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения», в котором уже предусмотрен порядок оказания диагностической и консультативной нейрохирургической помощи больным с ОНМК (Приложение № 1):

1. С целью определения формы ОНМК и тактики дальнейшего лечения вызов бригады экстренной нейрохирургической помощи осуществляется в течение 1 — 3 сут после развития ОНМК к больным с:

- субарахноидальным кровоизлиянием,
- геморрагическим и ишемическим инсультом,
- транзиторными ишемическими атаками.

2. Вызов бригады экстренной нейрохирургической помощи осуществляется после обязательного проведения КТ или магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга (при наличии соответствующих условий в стационаре).

3. Вызов бригады экстренной нейрохирургической помощи и перевод больных в специализированные нейрохирургические отделения городских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) проводятся в соответствии с приказом Главного медицинского управления от 24.06.94 № 337 «Об организации работы бригад экстренной нейрохирургической помощи».

4. Противопоказаниями к вызову бригады экстренной нейрохирургической помощи, переводу в нейрохирургические отделения городских ЛПУ являются:

- расстройства сознания глубже сопора;
- наличие сопутствующих заболеваний — сахарный диабет в стадии декомпенсации, острый инфаркт миокарда, сер-

дечно-легочная и печеночная и почечная недостаточность в стадии декомпенсации, ожирение III — IV степени, гнойно-воспалительные процессы;

— возраст больных старше 70 лет.

В структуре отделения неотложной нейрохирургии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского более 25 лет имеется консультативная нейрохирургическая бригада. Одной из задач ее является консультация пациентов с различными формами нарушений мозгового кровообращения, с целью отбора больных на хирургическое лечение. Бригада работает в соответствии с приказом №355 от 02.08.94 указанным выше.

Некоторые показатели работы выездной нейрохирургической бригады НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского за 2002-2004 гг. представлены в таб. 1.

Таким образом, с 01.01.2002года по 31.12.2004 года в стационарах г. Москвы было консультировано 13134 больных с различной патологией головного и спинного мозга, из них 5166 (39%) по поводу различных форм острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Из общего числа пациентов с ОНМК 2318 (45%) консультировано по поводу САК, из которых 963 (42%) переведены в институт. Диагноз артериальной аневризмы после проведения церебральной ангиографии установлен у 516 (54%) человек, артерио-венозных мальформации у 54 (6%). Распределение больных по видам поступления в нейрохирургическое отделение показал, что экстренная профильная госпитализация бригадами скорой медицинской помощи (СМП) осуществляется всего у 7% больных. Основная часть больных 449 (87,1%) доставлена выездной нейрохирургической бригадой в первые две недели после аневризматического кровоизлияния.

Оперировано по поводу артериальных аневризм 404 (79%), из них прямым доступом 376 (93%), эндовазально 28 (7%).

II. Больной с нетравматическим внутричерепным кровоизлиянием доставляется в многопрофильную клиническую больницу имеющую неврологическое, нейрохирургическое и реанимационные отделения.

Примером может служить организация работы «Противоинсультного центра» в г. Пензе.

«Городской противоинсультный центр»-структурно-функциональное объединение лечебно-профилактических подразделений системы здравоохранения города, имеющее целью снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от сосудисто-мозговых болезней путём осуществления оказания экстренной и плановой комплексной помощи больным с ОНМК и ведущее организационно-методическую работу в этом направлении.

Основанием для создания ПЦ явился Приказ МЗ РФ от 25.01.1999 г. № 5. «О мерах по улучшению медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения. Разработано «Положение о городском противоинсультном центре», назначен внештатный руководитель. Лечебно-диагностической базой

Таблица 1

Количество консультаций и их распределение по нозологическим формам

Нозологическая форма	2002г.	2003г.	2004 г.	Всего
	Количество больных			
Черепно-мозговая травма	1907	1620	1360	4887
Субарахноидальные кровоизлияния	850	760	708	2318
Геморрагический инсульт	714	741	790	2245
Ишемический инсульт	220	192	191	603
Спинальная травма и заболевания позвоночника	61	77	62	200
	131	83	65	279
Опухоли головного мозга	346	321	325	992
Абсцессы головного мозга, менингиты	35	74	58	167
Прочие	513	470	460	1443
Всего	4777	4338	4019	13134

ПЦ определена многопрофильная «Городская больница № 1». В состав центра вошли: отделение сосудистой нейрохирургии на 20 коек, отделение неотложной неврологии на 60 коек, дневной стационар для реабилитации неврологических больных, кабинет амбулаторно-поликлинического приёма по ангионеврологии. В реанимационном отделении выделены фиксированные койки для нейрососудистых больных. В штате «Скорой медицинской помощи» образована специализированная неврологическая бригада, в функциональном отношении подчинённая руководителю ПЦ с еженедельным отчётом врача бригады на общей конференции ПЦ.

☆ Лечебно-профилактические вопросы

Расчёт в потребностях коечного фонда для больных с ОНМК производили согласно рекомендациям [27,46]. Учитывали, что:

а) помощь на догоспитальном этапе всем больным будут оказывать врачи службы скорой медицинской помощи;
б) госпитализация всех заболевших дома, в общественных местах будет осуществляться в ПЦ (кроме больных, находящихся дома в крайне тяжёлом состоянии с противопоказаниями к транспортировке).

Определена потребность в коечном фонде Противоишемического центра:

1. Планируемое число заболевших равно (числу взрослого населения областного города x заболеваемость взрослого населения): $1000 + 8-10\%$ коек для больных из области,

$430\,000 \times 2,64: 1000 = 1135 + 100 = 1235$ (где 430000-число взрослого населения города, 2,64-заболеваемость взрослого населения инсультом по результатам регистра, 100-число предполагаемых больных из области);

2. число коек в ГЦ = (числу заболевших x 0,8): 18-где 0,8-коэффициент уровня госпитализации, 18-оборот койки у больных ОНМК, $(1235 \times 0,8): 18 = 55$ -потребность в койках для больных ОНМК в городе Пензе с количеством взрослого населения в 430 000 человек.

3. число больных с ОНМК, которым будет необходима хирургическая помощь равно 20-30 % от общего количества госпитализированных с инсультом,

$(1235 \times 30): 100 = 370$ больных с инсультом будут нуждаться в нейрохирургической помощи.

Режим работы ПЦ круглосуточный непрерывный. Штатное расписание сосудистого нейрохирургического отделения на 20 коек нестандартное. Оно рассчитано из нагрузки на одного врача-нейрохирурга-12 больных.

Штатные нормативы медицинского персонала отделения неотложной неврологии утверждены согласно приказу МЗ РФ от 25.01.99. № 25.

В операционном блоке имеется одна специально выделенная и

оснащённая нейрохирургическая операционная. Дежурный персонал операционной работает круглосуточно.

Задачи пртивоишемического центра:

1.Оказание специализированной экстренной круглосуточной помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в полном объёме: на догоспитальном этапе, в стационаре и реабилитационно-восстановительное лечение;

2.Консультативная помощь в стационарах г. Пензы и организация транспортировки больных с ОНМК в «Противоишемический центр».

3.Разработка организационно-методических мер по профилактике и лечению инсультов и их последствий (особенно активны среди лиц молодого и среднего возраста);

4.Изучение эпидемиологии сосудисто-мозговых болезней в г.Пензе, организация «Регистра мозгового инсульта»;

5.Проведение амбулаторного консультативного приёма по ангионеврологии;

6.Научная разработка следующих вопросов: профилактики, организации медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, реанимации, интенсивной терапии, хирургического лечения (включая эндоскопическую хирургию, внутрисосудистую хирургию), реабилитацию.

Объём помощи в противоишемическом центре:

Полное клиничко-неврологическое и инструментальное обследование (лабораторное, нейрофизиологическое, лучевое). Оказание специализированной лечебной помощи, имеющее целью сохранение жизни, предупреждение инвалидности и восстановление трудоспособности (включая хирургическое и реанимационное пособие).

Комплекс диагностических мероприятий выполняется неохотно и круглосуточно:

1. Подробный анализ анамнестических данных, сомато-неврологическое обследование, включая ЭКГ;

2. Эхоэнцефалоскопия;

3. Краниография (по показаниям);

4. Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных и церебральных сосудов;

5. Люмбальная пункция (по строгим показаниям);

6.Лабораторные исследования крови, мочи, ликвора (клинические и

биохимические);

7.Ангиорентгенография (по показаниям).

8.Рентгеновская компьютерная томография головы (по показаниям);

Весь комплекс обследования рассчитан на 2,5-3 часа. В зависимости от конкретных обстоятельств осуществляются другие исследования.

Комплекс лечебных мероприятий:

1. Нормализация витальных функций и поддержание на оптимальном уровне центральной и мозговой гемодинамики, обеспечение дыхательной функции средствами интенсивной терапии и реанимации.

2. Эвакуация оболочечных, внутримозговых, внутрижелудочковых гематом путём краниотомии и открытой аспирации или иными малоинвазивными методами (стереотаксической пункции и аспирации шнековым аппаратом, фибринолитическое растворение кровяных сгустков и повторные аспирации, эндоскопическое удаление гематом);

3. Выполнение закрытого вентрикулярного дренирования мозга при окклюзионном гипертензионно-гидроцефальном синдроме.

4. Выполнение операций по выключению аневризм и артерио-венозных соустьев мозга из кровообращения.

5. Деокклюзирующие и реконструктивные операции на магистральных сосудах головы и шеи.

6. Реваскуляризирующие мозг операции (типа ЭИКМА).

Показания для госпитализации в Противоишемический центр:

1. Больные с субарахноидальными кровоизлияниями или подозрением на него (нетравматической этиологии);

2. Больные с внутримозговыми, внутрижелудочковыми, оболочечными нетравматическими кровоизлияниями.

3. Больные с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения различного генеза и различной локализации и степени тяжести.

Госпитализация в экстренном порядке осуществлялась, как правило, специализированной неврологической бригадой скорой помощи или из других стационаров города после консультации с дежурным врачом ПЦ. Госпитализация плановых больных происходила через кабинет консультативного приёма.

Противопоказания для госпитализации в Противоишемический центр:

1. Интоксикации экзо-и эндогенной этиологии;

2. Больные с тяжёлой соматической патологией, которая вызывает у них вторичные мозговые сосудистые нарушения: острый инфаркт миокарда, тяжёлые нарушения сердечного ритма, декомпенсированный сахарный диабет, почечная недостаточность, острая лёгочно-дыхательная недостаточность.

3. Больные в запредельной коме.

III. Организация нейрохирургической помощи больным с разрывами аневризм головного мозга в остром периоде заболевания.

Нами проведен анализ этапов поступления 124 больных с аневризмами головного мозга в нейрохирургическое отделение 9-ГКБ с 2001 по 2005 гг.

Таблица 2
Распределение больных по видам госпитализации в нейрохирургический стационар

Ко-во больных	Вид госпитализации			Всего
	Скорая мед. помощь (СМП)	Перевод из другого отделения (Минск)	Перевод из другого стационара (санавиация)	
абс.	6	67	51	124
%	4,8	54	41,2	100

Распределение больных по видам госпитализации в нейрохирургический стационар представлено в таблице 2.

Распределение больных по видам поступления в нейрохирургическое отделение показало, что экстренная профильная госпитализация бригадами скорой медицинской помощи (СМП) осуществляется всего у 6 (4,8%) больных, остальные больные были переведены из отделения патологии сосудов головного мозга 9-й ГКБ 67 (54%), из другого стационара республики (по санавиа-

Распределение госпитализации больных в зависимости от профиля отделения и тяжести состояния в день поступления в нейрохирургическое отделение представлено в таблице 3.

Компенсированное состояние при поступлении было у 93 (75%) больных, субкомпенсированное – у 22 (17,7%), декомпенсированное – у 9 (7,3%).

Данные таблицы 2 указывают на зависимость между тяжестью состояния и видом госпитализации в больные в специализированный стационар.

В группе больных поступивших переводом из других отделений города или по направлению поликлиник, чаще отмечалось преобладание пациентов в компенсированном и субкомпенсированном состояниях (соответственно 71,6% и 20,9%), у 7,6% состояние определено как декомпенсированное. При поступлении пациентов в экстренном порядке, доставляемых в специализированное нейрохирургическое отделение бригадой скорой медицинской помощи, 5 (83,4%) больных находились в суб- и декомпенсированном состоянии.

Таблица 3

Распределение госпитализации больных в зависимости от профиля отделения и тяжести состояния в день поступления в нейрохирургическое отделение

Тяжесть состояния больных при поступлении в н/х отделение	Вид госпитализации						Итого	
	СМП		Перевод из другого отделения (Минск)		Перевод из другого стационара (санавиация)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
компенсированное	1	16,6	48	71,6	44	86,2	93	75
субкомпенсированное	3	50	14	20,9	5	9,8	22	17,7
декомпенсированное	2	33,4	5	7,5	2	3,9	9	7,3
Всего	6	100	67	100	51	100	124	100

ции)-51 (41,2%). Таким образом, первичная профильная госпитализация в специализированный нейрохирургический стационар при разрывах артериальных аневризм головного мозга осуществляется только у 4,8% пациентов. Госпитализация больных с субарахноидальным кровоизлиянием не в нейрохирургические стационары приводит к очень высокой летальности вследствие развития дислокационных синдромов, сосудистой спазма и повторного разрыва аневризмы. Из вышесказанного, очевидно, что только раннее хирургическое вмешательство на аневризме позволяет надеяться на предотвращение фатальных осложнений.

Госпитальный этап лечения больных с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями начинается с момента поступления пациента в приемное отделение стационара. В некоторых случаях больные поступают сразу же в реанимационное отделение, минуя приемный покой. Острая сосудистая патология требует быстрой диагностики и лечения в максимально ранние сроки с момента заболевания. Поэтому, для пациентов с внутричерепной геморрагией большое значение имеет своевременная госпитализация в профильный стационар.

Таблица 4
Распределение больных с кровоизлияниями аневризматической этиологии в зависимости от профиля отделений при первичной госпитализации в неспециализированный стационар

Количество больной	Профиль отделения				Итого
	Неврологическое	Реанимационное	Терапевтическое	Инфекционное	
абс.	49	7	4	7	67
%	73,1	10,5	5,9	10,5	100

первичной госпитализации в неспециализированный стационар представлена в таблице 4.

Анализ данных первичной непрофильной госпитализации больных с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями аневризматической этиологии показал, что 73,1% пациентов поступают в неврологическое отделение, 10,4% в клинику инфекционных болезней, а 5,9% больных в отделения терапевтического профиля. В реанимационное отделение госпитализировано 10,4% больных.

Непрофильная госпитализация таких больных объясняется недостаточным знанием церебральной патологии врачами скорой помощи. С этим связана госпитализация больных в инфекционные отделения, дополнительные перевозки заболевших из одного стационара в другой. Больных с нетравматическими заболеваниями нервной системы линейные бригады скорой помощи практически не направляют в нейрохирургические отделения, что также свидетельствует о недостаточной неврологической подготовке врачей. Врачи специализированных неврологических бригад не имеют полного представления о нейрохирургических возможностях и госпитализируют многих больных в неврологическое отделение вместо нейрохирургического. Это приводит к неоправданному задержкам в специальном обследовании и оперативном вмешательстве, что отрицательно сказывается на исходах лечения.

Все это диктует необходимость обучать врачей скорой помощи, в частности врачей специализированных неврологических бригад, бригад терапевтического профиля и интенсивной терапии, нейрохирургическим принципам диагностики и лечения, больных с нетравматическими внут-

☆ Лечебно-профилактические вопросы

ричерепными кровоизлияниями. Таким обучением должны заниматься сотрудники нейрохирургических центров.

Распределение больных по срокам госпитализации или перевода в специализированный стационар после внутричерепного кровоизлияния аневризматической этиологии в зависимости от вида госпитализации представлено в таблице 5.

Наиболее продолжительными сроки переводов оказались в отделении неврологии и терапии – соответственно 7,8 и 10,4 дней. Причинами поздних переводов из перечисленных отделений у 28 больных было: выполнение отсроченных диагностических ЛП лишь на 3-5 сутки у 58% больных, запоздалое проведение лучевой диагностики (КТ или МРТ головного мозга) у 34% больных, тяжелое течение первичной кровоизлияния при разрыве аневризмы – у 25% пациентов. Следовательно, отсроченные переводы можно считать оправданными для 25% пациентов с тяжелым течением первичного кровоизлияния. При переводе больных по санавиации из других клиник Республики продолжительность сроков переводов составила 28 дней.

После внутричерепного кровоизлияния возникает сложная ситуация: летальность высока, уровень диагностики на догоспитальном этапе низок, процент правильной тактики минимален. Итогом этого является принятие неверных решений: больные остаются дома, а абсолютное большинство госпитализируемых, в основном службой скорой помощи, оказываются в непрофильных стационарах. Оптимальные для диагностики и специализированного лечения сроки быстро истекают, значительная часть больных погибает на различных этапах медицинской помощи, а оставшиеся в живых поступают в нейрохирургическую клинику поздно, часто после повторного кровоизлияния с осложнениями геморрагического периода – сосудистым спазмом, внутричерепной гипертензией, ишемией мозга, гидроцефалией, которые сопровождаются высоким процентом смертности и инвалидизацией.

Для решения данной проблемы необходима реализация многокомпонентной программы, один из основных разделов которой – это решение задач догоспитального этапа и ранняя профильная госпитализация больных в нейрохирургическую клинику, что является основой для второго этапа – этапа специализированного нейрохирургического лечения больных с разрывом внутричерепных аневризм.

Из наиболее распространенных методов диагностического обследования особого внимания заслуживает люмбальная пункция (ЛП), так как результаты исследования ликвора относятся к числу наиболее информативных признаков в системе диагностики нетравматических внутричерепных кровоизлияний. Ликвор исследован у 87 (70,16±1,43%) из 124 больных. В первые сутки пребывания в стационаре ЛП сделана 21 (16,93±1,74%) больным, на вторые сутки еще 28 (27,4±1,24%).

Введение в практику КТ-исследования является чрезвычай-

но важным достижением медицины XX в. Безопасность, быстрота исследования, большая разрешающая способность, все это сделало его одним из ведущих методов диагностики нетравматических внутричерепных кровоизлияний. КТ исследование выполнено в непрофильных стационарах, куда госпитализированы больные при первичной госпитализации, 41 больному (61,19±1,56%) из 67. В первые сутки КТ или МРТ головного мозга проведена 24 больному (35,82±1,25%); во вторые и третьи сутки – 15 (22,3±1,42%).

ЭхоЭС-одина из неинвазивных и доступных методов, который используют для диагностики внутричерепной гематомы. ЭхоЭС сделано 43 (64,17±1,63%) больным, в основном в первые сутки 31 больному (46,26±1,56%) из 67 больных. Учитывая то, что не все больницы имеют функционирующий компьютерный томограф, ЭхоЭС, по нашему мнению, должна была проводиться значительно чаще, что помогло бы избежать многих ошибочных диагнозов.

Церебральная ангиография, являющаяся основным методом диагностики при сосудистой патологии головного мозга, у больных переведенных из других стационаров г. Минска не проводилась ни одному больному, так как эти стационары не оснащены оборудованием для выполнения данного обследования. В группе больных переведенных в нейрохирургическое отделение из других республиканских клиник по санавиации, ангиографическое обследование выполнено у 48 (25%) больных.

В результате регрессионного анализа (пошагового метода) установлено, что наиболее значимыми диагностическими мероприятиями у больных с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями аневризматической этиологии являются КТ, АГ, ЛП, причем наиболее оптимальной тактикой является проведение этих обследований в первые сутки и часы с момента госпитализации. Противопоказанием к проведению данных обследований является только тяжелое состояние больных (кома IV-V степени).

Закключение. Больные с сосудистыми заболеваниями мозга нуждаются в ежедневном наблюдении специалистами, их лечение должно тщательно контролироваться различными биохимическими и инструментальными методами обследования. Все это можно организовать только в специализированном стационаре. Такие стационары должны быть строго профилированными, оснащены специальной аппаратурой и оборудованием, а неврологические отделения должны быть организационно объединены со специализированными нейрохирургическими отделениями. Врачи-невропатологи должны хорошо владеть не только методами консервативного лечения таких больных, но и быть информированы о нейрохирургических методах лечения ряда острых церебральных заболеваний. К сожалению, во многих неврологических стационарах диагностический комплекс остается недостаточно высоким и включает в основном неврологическое исследование и люмбальную пункцию. Для направленного лечения таких больных этих методов совершенно недостаточно. Поэтому необходимо обучить невропатологов современным инвазивным и неинвазивным методам обследования (церебральная ангиография, эхоэнцефалография и др.).

Таблица 5

Распределение больных по срокам госпитализации в специализированный нейрохирургический стационар после внутричерепного кровоизлияния аневризматической этиологии в зависимости от вида госпитализации

Вид поступления	Профиль отделения	Сроки (в сутках) госпитализации или перевода больных с САК в нейрохирургическое отделение
СМП		0,2
Перевод из другого стационара	неврологическое	7,8
	инфекционное	5,6
	терапевтическое	10,4
	реанимационное	12
Санавиация		28

Все вышесказанное свидетельствует о необходимости подробного изучения сложившейся системы организации медицинской помощи пациентам с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями. Это будет способствовать выявлению ее основных недостатков, установлению причин и определению путей их преодоления, объективному обоснованию управленческих решений по улучшению организации помощи этим больным.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что хирургия геморрагического инсульта и аневризм головного мозга возможна только при тесном сотрудничестве нейрохирургов, неврологов, врачей скорой помощи, анестезиологов, реаниматологов, рентгенологов и обязательной поддержке организаторов здравоохранения.

Выводы

1. Спонтанные внутричерепные кровоизлияния следует отнести к ургентным заболеваниям, требующим неотложной догоспитальной диагностики и ранней профильной госпитализации.

2. Первичная госпитализация больных со спонтанными внутричерепными кровоизлияниями должна экстренно осуществляться в неврологический стационар, где имеются службы нейровизуализации (КТ и МРТ) и возможность проведения интенсивной терапии.

3. Необходимо максимально сократить время от момента заболевания до поступления в специализированную нейрохирургическую клинику, что является основным условием для организации своевременной и эффективной специализированной нейрохирургической помощи больным с внутричерепными аневризматическими кровоизлияниями;

4. Оперативная круглосуточная консультативная помощь пациентам с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями (в том числе с САК) должна осуществляется выездными консультативными нейрохирургическими бригадами, сформированными на базе отделений по оказанию нейрохирургической помощи больным с острой сосудистой патологией головного мозга (как правило, на базе многопрофильного стационара скорой медицинской помощи).

5. Созданная в г. Москве система отбора больных для оперативного лечения при разрывах артериальных аневризм головного мозга обеспечила поступление в нейрохирургический стационар 87,1% больных в течение первых двух недель кровоизлияния.

6. Необходимо проведение первичной специализации по острой цереброваскулярной патологии для врачей линейных бригад скорой помощи, поликлиник.

7. Наиболее значимыми диагностическими мероприятиями у больных с субарахноидальными кровоизлияниями аневризматической этиологии являются компьютерная томография, ангиография, люмбальная пункция. Оптимальные сроки проведения этих обследований – первые часы и сутки с момента поступления пациента в стационар.

8. В Республике Беларусь необходимо организовать работу выездной нейрохирургической бригады, что значительно улучшит качество оказания экстренной нейрохирургической помощи больным с нетравматическими внутричерепными заболеваниями.

Литература

1. Кондаков, Е.Н., Лебедев, Э.Д.. Нейрохирургия Санкт-Петербурга. Санкт-Петербург, 2003, 277 с.
 2. Коновалов, А.Н., Крылов, В.В., Филатов, Ю.М. и др. Рекомендательный протокол ведения больных с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга // Вопросы нейрохирургии/ Москва, 2006, №3. – С. 3-10.
 3. Крылов, В.В., Скороход, А.А., Ткачев, В.В. Организация хирургического лечения больных с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями Медицинский журнал. БГМУ. – Минск, 2006, № 1. – С 358-359.
 4. Лапатухин, В.Г., Скороход, А.А. Организация оказания экстренной помощи больным с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями и результаты работы специализированной неврологической бригады скорой помощи // Медицинский журнал / Минск, БГМУ, 2006, №4. – С. 113-115.
 5. Лебедев, В.В., Крылов, В.В., Шелковский, В.Н. Клиника, диагностика и лечение внутричерепных артериальных аневризм в остром периоде кровоизлияния. – Москва, 1996.-217 с.
 6. Лившиц, В.М. Структурный анализ основных причин повторного вызова специализированных неврологических бригад скорой медицинской помощи к больным с острой цереброваскулярной патологией // Организационные и клинические аспекты работы скорой медицинской помощи: Тез. докл.-СПб., 1999. С. 37-39.
 7. Сковрцова, В.И., Крылов, В.В.. Геморрагический инсульт. Москва, 2005, 155 с.
 8. Скороход, А.А. Проблемы организации медицинской помощи при нетравматических внутричерепных кровоизлияниях // Медицинский журнал / Минск, БГМУ, 2006, №4. – С. 118-119.
 9. Скороход, А.А., Олешкевич, Ф.В. Принципы организации и лечения больных в остром периоде разрыва аневризм головного мозга. Материалы научно-практической конференции: “Стратегия развития экстренной медицинской помощи” / Минск, 2003.-С. 314-316.
 10. Случек, Н.И. Эффективность оказания помощи на догоспитальном этапе при острых нарушениях мозгового кровообращения в условиях нейрореанимационной бригады // Организацией, и клинические аспекты работы скорой медицинской помощи: Тез. докл.-СПб., 1999. С. 36-37.
 11. Kaste, M., Fogelholm, R., Rissanen, A. // Public Health.-1998.-Vol. 112-P. 103-112.
 12. Pistallato, G. et al., Time of hospital presentation after stroke. A multicenter study in north – east Italy // J. Neuro1. Sci.-1996. V. 17, № 6. P. 401-407.
- П.С. Авторы благодарны руководителю клиники неотложной нейрохирургии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, члену-корреспонденту РАМН, доктору медицинских наук, профессору Крылову Владимиру Викторовичу и руководителю Городского противоишемического центра г. Пензы, кандидату медицинских наук Лапатухину Владимиру Григорьевичу за помощь в подготовке данной статьи.*