

УДК 616.8:616.9-036.2

## ОПТИМІЗАЦІЯ ВИМОГ ДО РЕГІОНАЛЬНОГО РЕЄСТРУ ІНСУЛЬТУ ТА ОЧІКУВАННЯ ДІЄВОСТІ ІНСТРУМЕНТУ ЩОДО ЗМІНИ ЯКОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ

**Д. О. Фікс, Г. С. Руденко, Г. С. Московко, С. П. Московко**  
*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова;  
кафедра нервових хвороб; м. Вінниця; e-mail: d.fix@i.ua*

*Метою даної статті є важливість створення регіонального, а в подальшому і національного реєстру інсульту. Автори вказали на необхідність створення реєстру за ініціативи ESO (Європейської інсультної організації) RES-Q та Angel's.*

*Реєстр – це інструмент не тільки оцінки якості надання спеціалізованої медичної допомоги, а й інструмент моніторингу якості надання кваліфікованої допомоги хворим на інсульт. У статті досконало висвітлено систему надання медичної допомоги хворим на інсульт у Вінницькій області на вторинному і третинному спеціалізованому рівнях.*

***Ключові слова:** регіональний реєстр, Європейська інсультна організація, RES-Q, Angel's.*

В умовах України, де практично відсутня структурована система надання допомоги хворим на інсульт (за аналогією до кардіологічної інфарктної служби) та наявна значна відмінність в оснащенні та можливостях неврологічних відділень, у яких вона надається, завдання її надання оптимальної та найкращої якості допомоги виглядає надзвичайно складним. Попри це, наявність бажання досягти рівня стандартної, доведеної на світовому досвіді допомоги, може зробити завдання досяжним.

Створення регіонального Реєстру інсульту має на меті можливість отримання постійно діючого інструменту контролю не тільки за епідеміологічною ситуацією, але й за станом якості надання допомоги хворим з гострим порушенням мозкового кровообігу, моніторингу дієвості організаційних рішень відносно реорганізації медичної служби та кваліфікаційного рівня персоналу [1]. Як правило, подібні реєстри не є адміністративними (державна зацікавленість задовольняється простим щорічним звітом про поширеність тієї чи іншої патології в популяції – загальна кількість випадків та розрахунок на 100 000 населення), а створюються ініціативною спільнотою фахівців, яка «дозріла» до розуміння складного внутрішнього стану проблеми і необхідності змін на обмеженій території відповідальності. У світі за останні роки спостерігається стрімке поширення регіональних (і навіть державних) реєстрів інсульту, як інструменту моніторингу та визначення напрямків покращення якос-

ті надання допомоги, оптимізації ресурсних витрат тощо. Прикладом можуть бути і наддержавні зусилля – наприклад, ініціативи ESO (Європейської інсультної організації) RES-Q, Angel's та інші.

Оскільки така ініціатива створює додаткове навантаження на персонал і потребує витрати часу, постає проблема оптимального складу запитань щодо кожного окремого випадку інсульту. Згадувана вище ініціатива RES-Q має за мету реєстрування госпіталізованих випадків інсульту (за фіксований проміжок часу) та оцінку повноти та швидкості обстеження (нейровізуалізація) на етапі діагностування. Головний меседж для учасників проекту полягає в усвідомленні важливості фактору часу для процесу діагностики та вибору оптимальної стратегії допомоги (відбір пацієнтів для тромболітичної терапії). Але майже 24 запитання у формі RES-Q у підсумку надають обмежену інформацію про територіальні організаційні проблеми та напрямки їх усунення.

Розробляючи регіональний Реєстр інсульту (Вінницька область), ми виділили 2 групи запитань, які мають висвітлювати кожний випадок впродовж його розвитку та надання допомоги. Перша група сконцентрована на з'ясуванні обставин виникнення інсульту та організації медичної допомоги. Ключові моменти: час виникнення неврологічних розладів (1), повідомлення в медичну службу (час, хто повідомив) (2), огляду пацієнта медичним персоналом (час, хто оглянув – фельдшер, сімейний лікар, лікар/фельдшер служби невідкладної допомоги) (3), місце, куди (і у який спосіб) був доправлений пацієнт (медичний заклад, час госпіталізації) (4), подальший маршрут до закладу більш високого рівня та кваліфікованої інсультної допомоги (5), час виконання нейровізуалізації (6), час встановлення діагнозу (7), відстань (у км) від місця розвитку випадку до медичного закладу, у який відбулася кінцева госпіталізація (8). Усі ці дані дозволяють розуміти, яким чином і за участі яких компонентів медичної служби відбувається її активація у випадку виникнення інсульту.

Ключовим моментом якості надання допомоги, на наш погляд, є процедура пренотифікації – первинного повідомлення спеціалізованої інсультної служби про випадок. Чим скоріше служба буде повідомлена та активована, тим повноцінніше зможе бути організований адекватний маршрут пацієнта. На поточний момент ієрархія інсультної служби в області виглядає наступним чином. Хворий з інсультом може бути госпіталізований в найближчий медичний заклад вторинного рівня (центральна районна або міська лікарня), де наявні, як правило, неврологічне відділення та відділення реанімації та інтенсивної терапії. Але тільки в 2 районах наявні засоби нейровізуалізації (приватні СКТ, причому не в режимі 24/7). У м. Вінниця створено 2 спеціалізованих інсультних центри – у лікарні швидкої медичної допомоги та в обласній психоневрологічній лікарні. Останній обладнаний СКТ і має доступ до 1,5 T MPT на своїй території та працює за принципами «Stroke Unit»,

надаючи кваліфіковану допомогу 24/7 на 22 ліжка. Це єдиний заклад, де виконується процедура системного тромболізису (86 за 2016 р.).

Зважаючи на обмежені матеріальні можливості загалом по області (нейровізуалізація), акцент зроблений на процедурі пренотифікації. Спеціальний безкоштовний телефонний номер, за яким медична персона першого контакту з пацієнтом може активувати службу (чергового лікаря в центрі) і підтримувати постійний контакт протягом організації та реалізації маршруту пацієнта, дозволяє мінімізувати витрати часу і вирішити ключові питання щодо діагностування та прогнозування. Поширення системи пренотифікації дало змогу довести відсоток хворих, що госпіталізовані в обласне інсультне відділення в «терапевтичному вікні» (в межах до 4,5 годин від початку симптомів інсульту), до 60%. Завдяки цьому майже 2/3 пацієнтів, яким проведений системний тромболізис у 2016 р., поступили з районів області і тільки менше третини – з міста Вінниці. Відстань доставки сягала в окремих випадках 150 км.

Процедура пренотифікації дозволяє пов'язати не лише всі залучені рівні надання допомоги в єдиний ланцюг, але й зробити це миттєво (не через послідовність операцій), скорочуючи весь процес до одного кроку: випадок – госпіталізація у високоспеціалізований інсультний заклад. При цьому одночасно відбувається «сортування» хворих і відбір кандидатів для такої госпіталізації. Алгоритм доволі простий. Насамперед, відбираються хворі, які потрапляють в «терапевтичне вікно». Саме їм можливо надати найбільш повноцінну допомогу. Якщо хворий перебуває, очевидно, за межами «вікна», вирішальне значення має тяжкість неврологічного дефіциту та безпосередня (в межах 6-12 годин) його динаміка. У випадках легкого чи середнього дефіциту (за шкалою NIHSS – 1-12 балів, що можливо кваліфікованому фахівцю з інсульту, черговому лікарю центру визначити в телефонному інтерв'ю з місцевим медичним персоналом) і за відсутності очевидного погіршення стану (що може свідчити на користь експансії гематоми чи швидкого прогресування набряку мозку) доцільно прийняти рішення про госпіталізацію хворого до місцевого медичного закладу вторинного рівня і в подальшому проводити терапію за встановленим протоколом. Нейровізуалізація, за можливості, повинна бути проведена протягом найближчих днів (питання визначення вторинної профілактики!). В інших випадках ситуацію адекватно вирішити без негайної нейровізуалізації навряд чи можливо, тож хворий має бути спрямований до центру.

Оскільки не всі випадки інсульту можуть бути скеровані до центру, завданням другої групи питань є з'ясування якості надання допомоги. Доцільно, наближаючись до стандартизованих європейських критеріїв, використовувати операційну систему RES-Q, можливо дещо доповнюючи її акцентами на наслідки інсульту з оцінкою на 90-й день. Це загальновизнана межа оцінки якості надання допомоги в гострому періоді інсульту. 90 днів – період найбільших ризиків для життя хворого:

повторні події, ускладнення гострого періоду тощо. Отримання інформації доволі нескладне – встановлення стану за модифікованою шкалою Ренкін (0-6 балів) та індексом активності в повсякденному житті Бартеля – і не потребує великих затрат ресурсів, у тому числі часових. Але отриманий результат, з'ясування наявних повторних подій у сфері серцево-судинної системи та можливих інших ускладнень самого інсульту, надає найкращу оцінку всій системі організації допомоги.

Загалом можемо стверджувати, що налагодження якісної допомоги хворим на інсульт у певному територіально-адміністративному утворенні неможливе без організації постійно діючого Реєстру інсульту. Це – інструмент не кількісної оцінки, що, можливо, характеризує загальний рівень соціального життя та організації медичної допомоги, а інструмент моніторингу якості, рівня фаховості. Одночасно це – живий інструмент організації, частина локального (для місцевості) протоколу, алгоритм послідовності дій та одночасності реагування медичної служби на випадок мозкової катастрофи. Фактично без організації регіонального Реєстру інсульту (є відповідальністю найбільш кваліфікованого в інсультній допомозі закладу) неможливо в сучасних умовах планувати будь-які покращення, створювати чи реформувати відповідну службу тощо. Ініціативний характер такої роботи, про що вказувалось вище, однак, може мати більше переваг, аніж позначатись, як недолік. Зрештою, це єдине, що може змінити і державний погляд на проблему, зрушивши його в зустрічному напрямку.

### *Література*

1. Progressive rural-urban disparity in acute stroke. *Neurology* / S. Gonzales, M.T. Mullen, L. Skolarus, D.P. Thibault, U. Udoevo, A.W. Willis. – 2017. – P. 441-448.

*Стаття надійшла до редакційної колегії 26.06.2017 р.*

*Рекомендовано до друку д.м.н., проф. Гриб В.А.,  
д.м.н., проф. Нідзельським М.Я. (м. Полтава)*

## **OPTIMIZATION OF THE REGIONAL STROKE REGISTER SPECIFICATION AND EXPECTATION OF THE IMPLEMENT EFFECTIVENESS IN THE QUALITY ALTERATIONS OF RENDERING MEDICAL CARE**

**D. O. Fix, G. S. Rudenko, G. S. Moskovko, S. P. Moskovko**

*Vinnitsa national medical university M. I. Pyrohova; Department of the  
nervous diseases; Vinnitsa; e-mail: d.fix@i.ua*

*The purpose of this article is the necessity of creation regional and after it national stroke register. Authors emphasized the necessity of creation*

---

*register initiated by ESO (European stroke organization) RES-Q and Angel's. Register is not only the implement of the quality control of rendering specialized medical care but monitoring the quality of special qualified care stroke patients receive. In this article thoroughly covered the system of rendering medical care to the stroke-suffering patients on second and third specialized levels in Vinnitsa region.*

**Key words:** *stroke register, European stroke organization, RES-Q, Angel's.*