



# ВОЗ

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ  
БЮРО

---

SCHERFIGSVEJ 8  
DK-2100 COPENHAGEN Ø  
DENMARK

ТЕЛЕФОН: (45) 39 17 17 17  
ТЕЛЕФАКС: (45) 39 17 18 18  
ТЕЛЕКС: 15348

E: 48545  
EUR/ICP/CVD 126(A)  
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ  
НЕОТРЕДАКТИРОВАННЫЙ ОТЧЕТ

## ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ

Отчет о консультативном совещании  
ВОЗ

Копенгаген, Дания  
26-27 октября 1993 г.

1994 г.

Задача 9 ЗДВ/ЕРБ ВОЗ

## ЗАДАЧА 9 СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ БОЛЕЗНЕЙ

*К 2000 г. смертность от болезней системы кровообращения должна быть сокращена среди лиц моложе 65 лет по крайней мере на 15% и должен быть обеспечен прогресс в улучшении качества жизни всех людей, страдающих от сердечно-сосудистых болезней.*

### РЕЗЮМЕ

Инсульт является одной из наиболее "тяжелых" болезней для служб здравоохранения, больных и их семей во всех европейских странах. Для смягчения этого тяжелого бремени требуются дальнейшее усиление профилактической деятельности и ряд улучшений в области лечения и реабилитации больных инсультом. Стандарты лечения и реабилитации подвержены изменениям, и, вероятно, что наилучшие практические методы в центрах, где достигнуты отличные показатели и результаты, предоставляют более широкие возможности применения. Научные подтверждения свидетельств эффективности наилучшей практики неотложной помощи, ранней и поздней реабилитации и вторичной профилактики говорят со всей определенностью в пользу необходимости реорганизации лечения инсульта. Ключевой стратегией при этом является создание местных служб по лечению инсульта, организуемых на базе междисциплинарных групп/бригад и больничных отделений по борьбе с инсультом. Для обеспечения более широкого прогресса в деле применения наилучших практических методов потребуются достижение широкого общеевропейского консенсуса по следующим вопросам: контроль за качеством лечения; организация служб по борьбе с инсультом; принципы неотложной помощи при инсультах; вторичная профилактика и, наконец, реабилитация. На 1995 г. запланирована крупная конференция для распространения европейского консенсусного заявления по лечению и реабилитации больных инсультом.

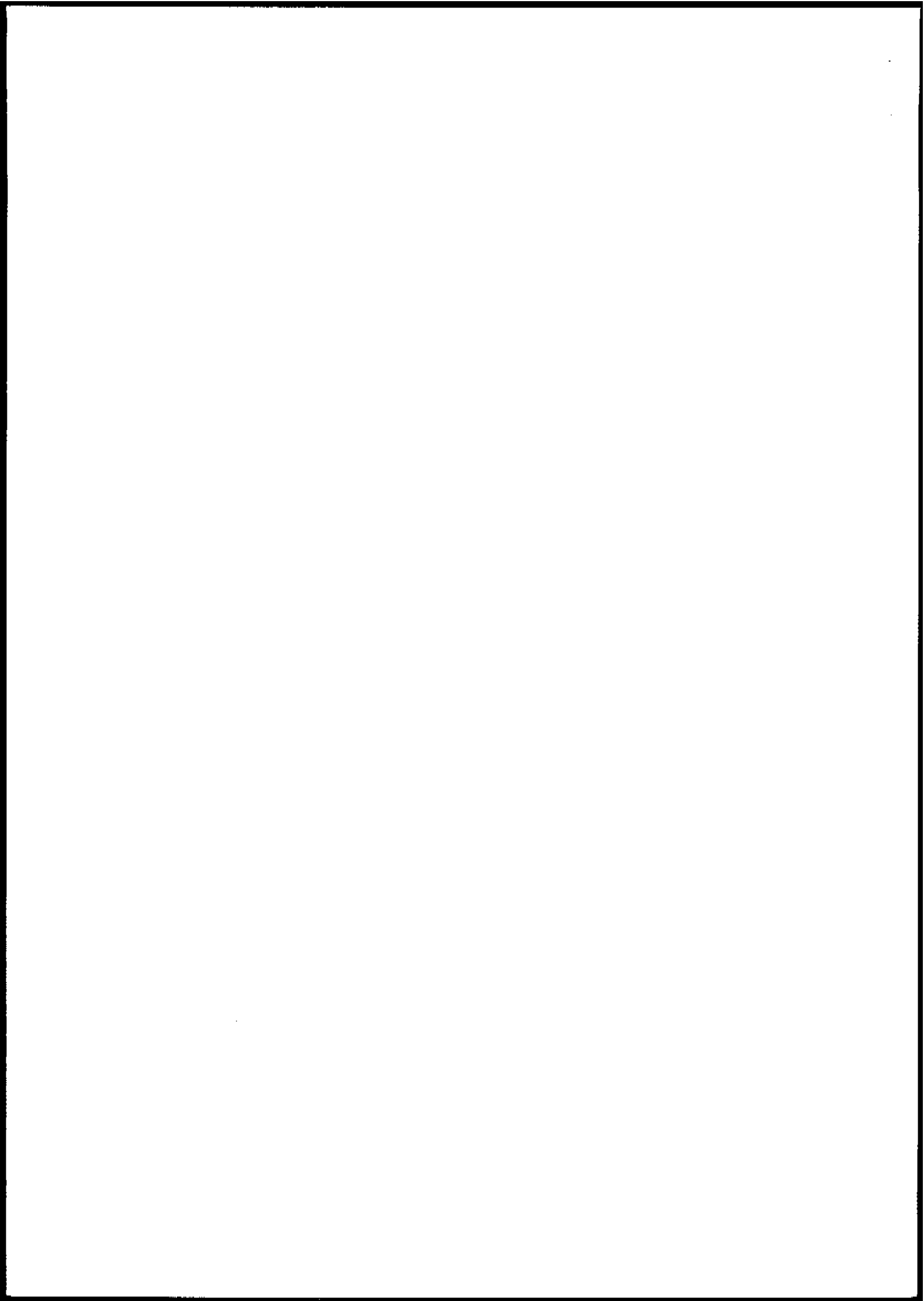
---

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык. Не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы. Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного отчета.

## СОДЕРЖАНИЕ

*Стр.*

1. Введение.....	1
2. Инсульт: некоторые основные данные.....	1
3. Лечение и реабилитация больных инсультом в Европе.....	2
4. Экстренная помощь при инсульте.....	3
4.1 Цели.....	3
4.2 Потребности.....	3
4.3 Возможности.....	4
4.4 Стратегии.....	4
4.5 Оценка качества экстренной помощи.....	4
5. Ранняя реабилитация.....	5
5.1 Цели.....	5
5.2 Потребности.....	5
5.3 Возможности.....	6
5.4 Стратегии.....	6
5.5 Оценка качества помощи.....	7
6. Поздняя реабилитация.....	7
6.1 Цели.....	8
6.2 Потребности.....	8
6.3 Возможности.....	8
6.4 Стратегии.....	9
6.5 Оценка качества помощи.....	9
7. Вторичная профилактика.....	9
7.1 Цели.....	10
7.2 Потребности.....	10
7.3 Возможности.....	10
7.4 Стратегии.....	11
7.5 Оценка качества помощи.....	11
8. Картирование лечения инсульта в Европе.....	12
8.1 Образцово-показательные центры.....	12
8.2 Меры в отношении качества.....	12
9. Краткая сводка первоочередных задач в области улучшения лечения инсульта.....	12
10. Последующие меры и шаги.....	13
10.1 Рабочие группы.....	13
10.2 Последующие совещания.....	14
10.3 Консенсусная конференция.....	14
10.4 Распространение сотрудничества.....	14
Приложение 1. Перечень рабочих документов.....	15
Приложение 2. Список участников.....	16



## 1. ВВЕДЕНИЕ

Заболевание инсультом в последние несколько десятилетий обнаруживает тенденцию к снижению, однако инсульт остается тем не менее очень распространенной и важной причиной смертности и заболеваемости. Положение является особенно неблагоприятным в странах Центральной и Восточной Европы, где уровни смертности примерно вдвое превышают соответствующие уровни западноевропейских стран, и эти показатели проявляют тенденцию к дальнейшему увеличению. Несомненно, что первичная профилактика важна для облегчения бремени заболеваний, вызываемых инсультом. Вот почему усиление превентивных мероприятий останется своего рода краеугольным камнем в дальнейшем сокращении смертности от цереброваскулярных болезней. Тем не менее есть убедительные доказательства того, что улучшение лечения и реабилитации больных инсультом может также сократить смертность и заболеваемость. Для достижения лучших стандартов в лечении инсульта в Европе Европейским региональным бюро ВОЗ было организовано совещание по вопросам лечения и реабилитации инсульта. Задачей данного совещания был обмен знаниями относительно оптимальных путей и способов организации срочной помощи, вторичной профилактики и реабилитации. Председателем совещания был избран д-р Asplund и Составителем отчета проф. Ebrahim.

Данное консультативное совещание является одним из серии мероприятий, направленных на выработку консенсуса относительно рекомендаций по лечению и реабилитации больных инсультом. Элементами данного процесса являются:

- 1.1 Описание нынешнего положения в странах Европейского региона.
- 1.2 Составление краткого перечня простых мер в отношении структуры, процесса и результатов оказания неотложной помощи, вторичной профилактики и служб реабилитации.
- 1.3 Создание базы данных по инульту, увязывая информацию о результатах со структурами и процессами оказания помощи для сравнительных исследований на международном уровне и внутри стран.
- 1.4 Разработка рекомендаций по лечению инсульта, основываясь на научных доказательствах эффективности, экономической оценки и опыта, приобретенного в результате изучения базы данных.
- 1.5 Распространение рекомендаций консенсуса для применения на местном уровне.
- 1.6 Оценка влияния рекомендаций на структуру, процесс и результаты лечения больных инсультом.

## 2. ИНСУЛЬТ: НЕКОТОРЫЕ ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

Инсульт - это проблема пожилых и престарелых. Демографические изменения в Европе приведут к значительному увеличению числа престарелых, подвергающихся самому высокому риску инсульта. Пожилые люди будут также, очевидно, в большей степени страдать от серьезной инвалидности и нести более высокие расходы по охране своего здоровья.

Специфическая по возрасту смертность от инсульта в Западной Европе снижается. Это может объясняться либо снижением степени серьезности инсультов (сокращение соотношения кровоизлияния в мозг и церебрального инфаркта), либо улучшениями в медицинской помощи или обоими этими факторами. В то же время для большинства стран Центральной и Восточной Европы характерны тенденции к значительному увеличению.

Фатальные исходы случаев заболевания обнаруживают значительный разброс между различными странами, а также внутри стран. Как прямые, так и косвенные потери общества очень велики: так, например, на лечение инсульта приходится большее количество койко-дней в больницах и в домах престарелых с медицинским обслуживанием, чем при любой другой соматической болезни. Однако для содействия процессам принятия решений по этим вопросам проводится слишком небольшое число анализов сравнительной эффективности затрат применительно к различным вариантам лечения инсульта.

Научные доказательства в поддержку эффективности организованного лечения инсульта, предоставляемые в отделениях по лечению инсульта, являются хорошо обоснованными. Кроме того, имеется также значительное единодушие в вопросе о том, что реабилитация является эффективной на поздней стадии инсульта, хотя и с меньшим числом подтверждающих это положение доказательств.

### **3. ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ В ЕВРОПЕ**

Между странами Восточной, Центральной и Западной Европы имеются значительные различия в организации и ресурсах, необходимых для лечения инсульта. Это отражает нынешнее экономическое положение, знания и представления о том, что может быть сделано в области лечения инсульта.

Перед странами Центральной и Восточной Европы стоят весьма серьезные проблемы, связанные с обеспечением доступности к нейрорентгенологии, и поэтому в этих странах не всегда удастся делать точные диагнозы. Подготовка по реабилитационной специализации во многих странах оставляет желать лучшего, и ощущается нехватка хорошо обученного персонала. Предъявляемые во всех странах требования в отношении семей являются очень большими, хотя для поддержки и обучения оказывающих помощь и проявляющих заботу на дому мало что предпринимается.

По всей Европе ощущается нехватка сравнимых рутинных данных о стандартах помощи и связанных с инсультом конечных результатах и эффектах. Это означает невозможность проведения сравнений между странами или внутри стран. Мониторинг изменений в стандартах помощи и результатах является основным требованием для достижения консенсуса по вопросу о необходимости изменений. Эти данные требуются также для оценки влияния и воздействия новых стратегий.

Улучшения в области лечения инсульта не могут дожидаться экономических перемен. Будет необходимо разработать соответствующие стратегии, которые можно применять на местном уровне и которые позволят разработать долгосрочный план улучшения и налаживания деятельности в этой области.

## **4. ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНСУЛЬТЕ**

### **4.1 Цели**

Целями помощи при острых случаях инсульта являются сокращение смертности и заболеваемости в результате осложнений заболевания (например при пролежнях, легочной эмболии, инфекциях) и избегание необходимости лечения в специальных лечебных учреждениях.

### **4.2 Потребности**

Для улучшения лечения больных инсультом необходим местный специалист по инсульту. Специальная подготовка менее важна, чем энтузиазм, готовность и стремление исходить из того, что что-то может быть сделано для большинства пациентов. Во многих странах для привлечения и удержания высокомотивированного персонала потребуются значительные затраты на обучение, большее количество ресурсов для ухода и обслуживания за пациентами.

Прямой взаимосвязи между обеспечением сложных в технологическом отношении средств нейрорентгенологии и клиническими результатами нет. Однако необходимо признать важность лечения пациентов в соответствии со стандартами, считающимися международно приемлемыми.

Оценка роли методов медицинской терапии при острых случаях заболевания и хирургических видов лечения проводилась, главным образом, в западных странах. Однако выводы и заключения рандомизированных исследований в контролируемых условиях не распространялись широко во всех странах Центральной и Восточной Европы. Потребуется обеспечить более широкое распространение информации о недостаточной эффективности внечерепной и внутричерепной сосудистой хирургии методом шунтирования, каротидной эндартеректомии (интимэктоми) на острой стадии, craneотомии и консервативных методов лечения.

Необходима дальнейшая оценка роли стационара и систем ранней выписки, и возможно, что это приведет к экономии затрат и большей эффективности реабилитации.

### **4.3 Возможности**

Специальные виды неотложного консервативного и хирургического лечения должны предоставляться лишь как часть рандомизированного исследования в контролируемых условиях. Это может позволить избежать неправильной и неподходящей терапии и бесполезной траты и без того скудных ресурсов.

Использование стандартизованных протоколов и руководящих принципов/инструкций может содействовать улучшению лечения, способствуя более взвешенному применению терапии и способствуя обеспечению доступа к соответствующим исследованиям. Отвлечение ресурсов от других областей здравоохранения (например от спортивной медицины в Восточной Европе) может помочь в деле развития реабилитации там, где в настоящее время она осуществляется в небольшом объеме.

Выявление эффективных методов экстренной помощи при инсульте повысит требование к неотложной помощи в стационаре. Ранняя выписка из больницы станет очень важной проблемой, если связанное с инсультами обслуживание будет предоставляться в рамках нынешних ограниченных ресурсов.

Врач первичной медико-санитарной помощи и медсестра могут рассматриваться как члены многодисциплинарной группы/бригады. Крайне сомнительно, что лечение комплексной инвалидности, вызванной инсультом, будет осуществляться сколь угодно удовлетворительно, если этим будут заниматься исключительно группы/бригады первичной медико-санитарной помощи.

#### 4.4 Стратегии

- а) Обучение врачей, медсестер и терапевтов принципам лечения инсульта.
- б) Обеспечение лучшего доступа к учреждениям по оказанию помощи по диагностике и лечению острых случаев заболевания инсультом, в частности к отделениям по лечению инсульта.
- в) Поощрение и стимулирование бригадно-группового подхода к вопросам ухода и лучшей интеграции с мероприятиями по ранней реабилитации.
- г) Улучшение взаимосвязей и целесообразного распределения работы между секторами стационарного и амбулаторного обслуживания.
- д) Использование протоколов или руководящих принципов для содействия проведению надлежащих исследований и лечения.

#### 4.5 Оценка качества экстренной помощи

Потенциально полезными показателями качества помощи и обслуживания являются:

##### Структура

- а) Число компьютерных томографических сканеров (КТ)
- б) Число услуг специалистов по инсульту
- в) Проводящиеся на регулярной основе курсы обучения по связанным с инсультом вопросам

##### Процесс

- а) Число пациентов, отобранных методов случайной выборки для исследований по поводу экстренной помощи
- б) Доля пациентов, лечение которых осуществляется в соответствии с протокольными положениями и наставлениями

##### Конечные результаты

- а) Уровень летальности по прошествии 28 дней
- б) Число осложнений, которых можно избежать (например пролежни, обезвоживание)
- в) Доля помощи, оказываемой в учреждениях по специальному уходу

## 5. РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Ранняя реабилитация при инсульте определяется как реабилитация, осуществляемая на острой стадии болезни в период спонтанного поправления. К этому периоду относятся первые три-шесть месяцев после инсульта. В европейских странах службы реабилитации располагаются по-разному, причем некоторые из этих служб находятся на удалении от больниц, где оказывается экстренная помощь. Сама концепция отделений по лечению инсульта характеризуется также различиями, но может считаться обозначающей географически определенные отделения стационарного обслуживания, отвечающие за все аспекты лечения начиная с самого первого дня, укомплектованные multidисциплинарным коллективом специалистов, применяющим разнообразные и многосторонние методы и подходы к вопросам терапии.

### 5.1 Цели

Целями реабилитации являются: улучшение качества жизни и степени удовлетворенности, сокращение числа осложнений и достижение максимальной способности пациента вести нормальный образ жизни. Реабилитация должна предоставляться всем больным инсультом в местах оказания экстренной помощи.

### 5.2 Потребности

Главная необходимость - это применять имеющиеся знания по эффективности организованного ухода и помощи больным инсультом, улучшая результаты лечения на протяжении первого года заболевания инсультом. Для обеспечения того, чтобы общепринятое (рутинное) обслуживание по поводу инсульта давало потенциальный выигрыш, потребуется создать систему мониторинга процесса и конечных результатов оказываемой помощи.

Необходим стандартный, действительный и надежный краткий перечень мер, позволяющих измерить конечные результаты. Такое измерение "конечных" результатов необходимо для индивидуального ведения/лечения больных и для проведения обобщенных сравнений видов обслуживания с целью изучения источников вариаций и изменений. Сравнения должны проводиться между различными видами обслуживания, между областями/краями той или иной страны или между странами.

Взаимосвязь между оказываемыми видами обслуживания и конечными результатами при лечении инсульта не понимается достаточно хорошо. Налицо большая озабоченность тем, что при исследованиях интерпретация различий в конечных результатах будет затрудняться аспектами, связанными со смещением случаев заболевания (т.е. имея в виду степень тяжести заболевания). Простым подходом при данной проблеме является проведение обычной оценки степени сложности инсульта, а также анализ конечных результатов по категориям тяжести или сложности случаев заболевания. Простые методы, с помощью которых это можно сделать, включают: показатели уровня сознания, психомоторное состояние перед инсультом и балльная оценка показателя Бартеля при госпитализации.

Проблемы, связанные с применением привычной оценки результатов лечения включают: недопонимание взаимосвязей между принимаемыми мерами и их результатами, широкие цели реабилитации, которые не рассматриваются в сводных

простых показателях, характеризующих конечные результаты, и различия взглядов различных специалистов относительно того, что приемлемо и применимо.

Необходимо дать описание широкого диапазона терапевтических методов, применяемых в настоящее время для лечения больных инсультом. Важно признать наличие целого ряда характеристик у терапевтов, а именно: теоретические знания, навыки и умения (сопоставимые с мастерством ремесленника), а также талант. Эти факторы должны учитываться при любой оценке эффективности видов лечения. Это означает, что для проверки эффективности методов потребуются большие многоцентровые рандомизированные (осуществляемые методом случайной выборки) исследования в контролируемых условиях (по определенной программе), так как это позволит сократить любые искажения и погрешности, обусловленные различиями характеристик и особенностей терапевтов.

### 5.3 Возможности

Возможность достижения консенсуса по конечным результатам - это нечто, чего можно и должно добиваться. Достижению такого консенсуса помогает новая атмосфера открытости, гласности, готовность проводить сравнения и сопоставления, а также желание применить как можно более широко наилучшие методы и подходы.

Среди различных видов реабилитации/восстановительного лечения является популярным улучшение общего качества оказываемой при инсульте помощи. При этом подходе исходят из факта хорошего понимания взаимоотношений между предпринимаемыми мерами и усилиями и конечными результатами. Такой подход наиболее применим и важен для улучшения тех аспектов реабилитации, где налицо явные свидетельства и подтверждения эффективности и где основная задача заключается в применении того, что уже известно.

Одним из серьезнейших препятствий для обеспечения более широкой доступности таких услуг и служб является нехватка специалистов по реабилитации в большинстве европейских стран. Расширение программ обучения терапевтов лишь применительно к восстановительно-реабилитационным навыкам и умениям может оказаться недостаточно целесообразным в стоимостном отношении, так как это привело бы неизбежно к повышению стоимости и затрат здравоохранения, не гарантируя при этом лучших конечных результатов. Может оказаться более целесообразным не осуществлять лечение самостоятельно, а разработать учебные комплекты/наборы, нацеленные на работу терапевтов по обучению медсестринского персонала, лиц, предоставляющих неформальную помощь и уход за больными, и других.

### 5.4 Стратегии

Существенно важной является попытка более широкого применения рандомизированных исследований (методом случайной выборки) в контролируемых условиях (по определенной программе) для оценки конкретного вклада различных видов лечения. Дальнейшее использование неэффективных видов лечения представляет собой напрасную трату и без того скудных ресурсов.

Лечащие врачи предпочитают, как правило, качественные методологии и делают упор на регулирование общего качества лечения. Общее регулирование качества

особенно полезно для достижения улучшений при применении эффективных видов лечения. К числу областей, подходящих для общего регулирования качества, относятся создание отделений по лечению инсульта и применение общих принципов реабилитации после инсульта.

### 5.5 Оценка качества помощи

Это представляет собой одну из наибольших трудностей при реабилитации в связи с инсультом. Основной причиной плохих результатов является не столько характер оказываемой помощи, сколько сложность и тяжесть инсульта. Для простого сравнения различных видов оказания помощи необходимо определить такие конечные результаты, которые были бы не зависимыми от тяжести заболевания (например смещение случаев).

Одним из способов решения этой проблемы является сосредоточение внимания на аспектах структуры, процесса и конечных результатов помощи в областях, где достигнут консенсус. Это касается, например:

#### Структуры

- а) число отделений/палат по лечению инсульта
- б) число специалистов по лечению инсульта
- в) число терапевтов, работающих в многодисциплинарных группах/бригадах
- г) число курсов обучения для групп по борьбе с инсультом

#### Процесса

- а) доля больных, получающих лечение в отделениях/палатах по лечению инсульта или обслуживаемых многодисциплинарной группой/бригадой
- б) доля больных, при лечении которых поставлены цели терапевтических мер
- в) доля больных с рутинными оценками показателей повседневной жизни и деятельности при госпитализации и выписке
- г) доля обследованных методом компьютерной томографии
- д) доля аутопсий
- е) число учебно-образовательных программ для персонала и родственников
- ж) доля пациентов, отобранных методом случайной выборки для исследований по оценке лечения

#### Конечных результатов

- а) доля пациентов с осложнениями, которых можно избежать (например, пролежни, подвывихи плеч, контрактуры)
- б) смертность спустя 28 дней и три месяца
- в) место выписки
- г) функциональная способность при выписке
- д) удовлетворенность жизнью
- е) стоимость лечения пациента.

## 6. Поздняя РЕАБИЛИТАЦИЯ

Поздняя реабилитация не определяется в плане ее содержания, а с точки зрения ее организации. В основном, это реабилитация, происходящая после стадии спонтанной поправки/восстановления (т.е. по прошествии от трех до шести месяцев) и проводится она не столько в отделении интенсивной терапии стационара, сколько по месту проживания (община).

## 6.1 Цели

Целями поздней реабилитации являются сокращение инвалидности, избежание осложнений, обеспечение беспрепятственной доступности помощи и дальнейшей терапии, а также непрерывный характер помощи.

## 6.2 Потребности

Научных свидетельств и материалов, подтверждающих эффективность поздней реабилитации, немного. С клинической точки зрения, любые улучшения, происходящие после стадии самопроизвольной поправки, объясняются скорее действием и последствием терапии, чем другими факторами. Дальнейшее проведение рандомизированных исследований в контролируемых условиях воздействия конкретных видов поздней реабилитации было бы полезным, но не относится к числу наиболее приоритетных исследовательских задач. О необходимости реабилитации по прошествии значительного периода времени после инсульта говорит долгосрочное наблюдение за оставшимися в живых. По прошествии одного года примерно каждому третьему больному необходима посторонняя помощь в ванной комнате и туалете, наблюдается сокращение количества и масштабов социальной активности и семьи играют ведущую роль в обеспечении непосредственной поддержки и содействия. Менее выраженные виды нарушений и отклонений могут оставаться незамеченными (например, ухудшение познавательной способности, депрессии, сопутствующая заболеваемость), если не проводить тщательные оценки. Вызывают озабоченность также здоровье и качество жизни и членов семьи, осуществляющих уход за больным.

Отбор пациентов и определение того, сколько и какой вид терапии должны предоставляться, являются также областями, характеризующимися значительной неопределенностью. Возможно, что ответ на эти вопросы дадут данные специальных исследовательских методик, связанных с наблюдениями.

Серьезной проблемой на поздней стадии реабилитации является инструментарий для оценки и мониторинга. Много трудностей и обусловленных ими задач связаны с сокращением ущерба, причиненного инсультом, а это зависит от многих факторов. Роль личностных характеристик до наступления инсульта и умения приспособиться к инвалидности повлияет на привычные меры и параметры качества жизни (например, Nottingham Health Profile), которое не зависит от каких-либо эффектов терапии.

## 6.3 Возможности

Необходимо подчеркнуть базовые принципы реабилитации, однако применяться они должны по-разному, в зависимости от местных условий. Такими принципами ведения/лечения отдельных больных являются оценка, постановка целей, мониторинг сдвигов и улучшений, перепостановка целей. Что касается услуг, то принципами в отношении их являются легкодоступность, всеобъемлющий характер (т.е. оказание срочной помощи, реабилитация и профилактика), а также непрерывный характер.

На практике это может означать:

- первую стадию скрининговых оценок (например повседневной жизнедеятельности), проводимых ежегодно;

- вторую стадию профессиональных оценок (например в отношении баланса, перемещений/переносов);
- использование контрактов лечения для обеспечения ясности задач и пределов для лечения;
- обеспечение постепенности перехода от реабилитации во время острого периода к постоянной помощи;
- предоставление единого источника контактирования для рекомендаций и практической помощи;
- проведение более систематических исследований и разработок;
- программу просвещения для персонала и семей.

#### **6.4 Стратегии**

Первый шаг заключается в установлении эффективной системы ранней реабилитации (см. пункт 5.4 выше). После этого поздняя реабилитация может осуществляться как часть более всеобъемлющего обслуживания по поводу инсульта.

Будет необходимо организовать ту или иную систему последующего наблюдения, чтобы можно было проводить оценки и наметить позднюю реабилитацию там, где она окажется наиболее целесообразной.

#### **6.5 Оценка качества помощи**

Потенциальные показатели качества помощи будут включать нижеследующее:

##### **Структуру**

- а) Есть ли система для последующего наблюдения?
- б) Получают ли больные инсультом реабилитационную помощь на дому?

##### **Процесс**

- а) Какова доля больных, наблюдаемых ежегодно?
- б) Какой объем и какого рода лечение предоставляются?

##### **Конечные результаты**

- а) Доля больных, получающих последующую специальную помощь после стационара в течение года
- б) Доля больных, страдающих от осложнений, которых можно избежать
- в) Удовлетворение потребностей больных и предоставляющих им помощь и уход

### **7. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

Вторичная профилактика связана с использованием профилактических методов, чтобы избежать повторения инсульта у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При этом используется следующее:

- точный диагноз причин инсульта, когда заболевание можно лечить (например подострый бактериальный эндокардит, синдромы повышенной вязкости крови, воспаление стенок кровеносных сосудов),
- модификация основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний;
- применение противотромбоцитарных средств;
- противосвертывающие средства; и
- хирургия сонной артерии.

### 7.1 Цели

Целями вторичной профилактики являются предупреждение рецидива и улучшение, тем самым, обусловленного болезнью положения.

### 7.2 Потребности

Для руководства мероприятиями имеется значительная база научных данных. Риск рецидива инсульта составляет примерно 7% в год, что в 15 раз превышает ожидаемый риск инсульта. Через 3-4 года данная избыточная частота показателя рецидива снижается до уровня 3-4 раза по отношению к ожидаемому риску. Это означает, что для лечения лиц с наивысшим риском рецидива профилактика инсульта должна начинаться относительно рано.

Очень важно обеспечить более широкое применение имеющихся знаний, увеличить долю пациентов, проходящих вторичную профилактику, и рассмотреть причины неудовлетворительного следования требованиям образцовой практики со стороны врачей.

Второй потребностью является рассмотрение рентабельности различных вариантов для содействия принятию решений и проведению приоритетных мероприятий и действий. Рентабельность будет колебаться в зависимости от качества и вложений в службы помощи. Так, например, дополнительные затраты для назначения противосвертывающих средств при мерцательной аритмии будут значительно более низкими там, где уже имеются высококачественные службы.

### 7.3 Возможности

**Борьба с основными болезнями:** это достигается наилучшим образом в отделениях, где проводятся систематические исследования инсульта. Это дает большой выигрыш для отдельных больных и небольшой - в отношении всего населения из-за небольшого количественного охвата.

**Модификация факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний:** потенциальные выгоды понижения высокого кровяного давления, прекращения курения и борьбы с гиперхолестеринемией являются потенциально очень большими ввиду значительного числа оставшихся в живых после инсульта лиц, которые имеют эти факторы риска. Снижение высокого кровяного давления в первые несколько дней после инсульта может быть опасным и не должно учитываться.

**Использование противотромбоцитарных средств:** имеются очень веские показания и свидетельства в пользу целесообразности поддержки лечения с помощью аспирина, и подсчитано, что в Соединенном Королевстве связанные с предупреждением одного

случая инсульта расходы оцениваются примерно в 900 фунтов, что является весьма "рентабельным", так как стоимость лечения инсульта составляет от 3000 до 7000 фунтов стерлингов. Это преимущество резко снижается при использовании более дорогостоящих лекарств, таких как тиклопидин.

*Использование противосвертывающих средств при случаях мерцательной аритмии:* имеет ограниченную сферу применения, но приводит к сокращению общего бремени заболевания инсультом примерно на 0,5% в год. Однако плохой надзор/контроль будет сопровождаться большим числом осложнений и любой полученный выигрыш может быть почти сведен на нет стоимостью лечения осложнений кровотечения.

*Эндартерэктомия сонной артерии:* имеет ограниченное применение и зависит от качества медицинского обслуживания. Для предупреждения одного инсульта требуется примерно 12 операций, а это обходится примерно в 30 000 фунтов стерлингов за предотвращенный инсульт.

#### 7.4 Стратегии

Имеется хорошая информация об эффективности каждой из приведенных выше возможностей. Однако очень полезной могла бы быть факультативная оценка степени эффективности, с точки зрения затрат, в различных странах.

В настоящее время в большинстве европейских стран очень важно сконцентрировать усилия на борьбу с основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и на использование антитромбоцитарных средств как основной возможности предупреждения рецидива инсульта. По-видимому, эта стратегия является рентабельной, и есть данные, свидетельствующие о том, что она не применяется должным образом.

#### 7.5 Оценка качества помощи

Оценка качества в этой области является четко определенной и однозначной ввиду высокого качества данных об эффективности терапии.

##### Структура

- а) наличие нейрорентгенологической службы

##### Процесс

- а) доля пациентов с диагнозом
- б) доля пациентов, обследованных с помощью компьютерной томографии
- в) доля больных, при лечении которых нужно и был использован аспирин
- г) доля соответствующих исследований сонной артерии
- д) доля несоответствующих эндартерэктомий сонной артерии

##### Конечный результат

- а) частота рецидивов болезни за год
- б) осложнения профилактики

## **8. КАРТИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА В ЕВРОПЕ**

Анализ сложившегося в настоящее время в Европе положения способствовал бы успешному изменению положения. Это является очень трудоемкой и дорогостоящей работой, что потребует принятия и применения реально осуществимых методов. Рассматривается возможность рассылки лечащим врачам в Европе клинических "сценариев", однако это является вместе с тем достаточно проблематичным, учитывая трудности определения степени представительности и типичности даваемых респондентами ответов.

### **8.1 Образцово-показательные центры**

Альтернативная стратегия заключается в том, чтобы опрашивать "образцово-показательные центры" о том, что и как они делают в каждой из участвующих стран. В целом эти центры создали уже базы данных по инсульту и, вероятно, ответили бы на запросы по поводу информации о качестве их услуг. Эти образцово-показательные центры будут представлять самое лучшее, что может быть достигнуто в условиях каждой из стран, и позволят обеспечить постановку задач перед другими центрами.

Возможно, удастся заручиться помощью центров с помощью имеющихся сетей (например International Stroke Trial/Международные исследования инсультов) и массива знаний, имеющихся на местах. Определенные рабочей группой параметры мониторинга позволили бы составить краткий перечень вопросов о структуре, процессе и конечных результатах помощи для применения в каждом из центров вместе с запросом о предоставлении сводок данных. Была достигнута договоренность о том, чтобы предпринять такого рода попытки.

### **8.2 Меры в отношении качества**

Учитывая накопленную ВОЗ экспертизу в этой области, было предложено учредить, на базе координации через ВОЗ, специальную сеть для создания совместно используемой базы данных. Будет необходимо связаться с европейскими проектами совместных баз данных (например с теми, кто осуществляет деятельность, финансируемую по биомедицинской программе Европейского сообщества: EC Biomed) и предложить им обмениваться их экспертизой и данными с более широкой европейской сетью. Была достигнута договоренность о том, что ВОЗ свяжется с работающими в настоящее время исследователями известных баз данных, с тем чтобы договориться о сотрудничестве в будущем.

## **9. КРАТКАЯ СВОДКА ПЕРВООЧЕРЕДНЫХ ЗАДАЧ В ОБЛАСТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА**

Хотя национальные и местные приоритеты каждой из стран определяются ими самими, все же приводимые ниже общие принципы могут быть полезными в плане содействия улучшению стандартов оказываемой помощи на местах.

Необходимо рассмотреть приоритеты как в долгосрочном, так и в краткосрочном плане. В первом случае желательными являются подготовка высокообразованных в профессиональном отношении кадров, приобретение компьютерных томографов для сканирования и выделение большего количества средств на цели лечения инсульта.

Однако в нынешних условиях ограниченных ресурсов, отпускаемых на цели здравоохранения, необходимо сосредоточиться на таких улучшениях и усовершенствованиях, которые могут быть обеспечены без увеличения ресурсов, и на изменениях, которые могут быть достигнуты за короткий период времени.

В этом плане могут быть рекомендованы следующие принципы:

- Службы лечения инсульта должны организовываться на местном уровне, так как потребности, ресурсы и организация зависят от местных условий
- При определении приоритетов следует руководствоваться фактической эффективностью и стоимостью. Мероприятия и меры вмешательства, чья эффективность сомнительна, должны применяться только в контексте рандомизированных исследований в контролируемых условиях.
- Первостепенным и определяющим приоритетом должна быть организация служб помощи при инсультах, что обуславливает и предполагает:
  - наличие координатора и руководителя служб/обслуживания;
  - службу борьбы с инсультом с упором на отделения по лечению инсультов;
  - многодисциплинарный/многопрофильный бригадный подход;
  - использование аспирина для вторичной профилактики.
- Страновые и международные сети, в частности, поддержка сотрудничества в рамках Cochrane Collaboration<sup>a</sup>, направленного на распространение информации по вопросам эффективности лечения при широком диапазоне состояний, включая инсульт.
- Просветительно-образовательные программы для персонала (включая программы обмена как компонент международных сетей) и для членов семей больных инсультом.

## 10. ПОСЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ И МЕРЫ

Цель данного сотрудничества заключается в осуществлении согласованных на общеевропейском уровне мер по улучшению лечения инсульта. Для этого потребуются целая серия мероприятий, как то:

### 10.1 Рабочие группы

Для улучшения лечения инсульта необходимо достижение консенсуса по следующим вопросам:

- мониторинг качества оказываемой помощи;
- организация служб борьбы с инсультом;
- принципы лечения острых случаев инсульта;
- вторичная профилактика;
- реабилитация.

---

<sup>a</sup> The Stroke Collaborative Review Group of the Cochrane Collaboration, Neurosciences Trials Unit, Department of Clinical Neurosciences, Western General Hospital, Edinburgh EH4 2XU, United Kingdom.

Это будет осуществляться путем избрания руководителя рабочей группы из числа участников данного совещания. Эти руководители будут отвечать за сведение воедино сотрудников, представляющих самые различные дисциплины, и стран для написания краткой сводки областей консенсуса относительно курса политики и мер, которые необходимо предпринять в пяти вышеупомянутых областях и для выявления любых возможных областей существенных разногласий. ЕРБ ВОЗ окажет помощь в деле выявления подходящих для этой деятельности сотрудников. Совместное пребывание или встреча рабочих групп не предусматривается, так как связь между ними может осуществляться путем взаимной рассылки проектных документов и материалов и телефонных обсуждений.

## **10.2 Последующие совещания**

Такого рода совещание будет проведено весной 1994 г. для обсуждения консенсусных документов, составленных каждой из рабочих групп. Целью данного совещания является охват всех ключевых проблем и вопросов и принятие окончательных решений о включении консенсусной тематики. Заранее оговаривается, что некоторые рабочие группы могут счесть невозможным достижение четкого консенсуса на данной стадии.

Следующей задачей будет детальное планирование консенсусной конференции.

## **10.3 Консенсусная конференция**

Такая конференция будет проведена летом 1995 г. с участием делегатов от министерств здравоохранения европейских стран, ассоциаций по борьбе с инсультом и специалистов в этой области. Ожидается участие в конференции примерно 200 человек. Основной причиной для проведения конференции является необходимость активизировать усилия соответствующих групп, направленные на улучшение лечения и ухода при инсультах, повысить понимание важности связанных с этой проблематикой вопросов и продемонстрировать возможность улучшения положения путем четкого определения и хорошо документированного описания проблемы, применения хорошо документированных решений и достижения изменений путем применения ограниченных целей, неоспоримых фактических подтверждений, четких и реально осуществимых задач и не выходя за рамки имеющихся ресурсов.

Для финансирования такой конференции потребуются соответствующие источники такого финансирования, хотя ВОЗ предпримет усилия для оплаты части расходов.

## **10.4 Распространение сотрудничества**

Осуществляемая в настоящее время деятельность требует распространения и расширения для обеспечения того, чтобы специалисты и группы по борьбе с инсультом во всех европейских странах надлежащим образом информировались и могли внести свой вклад в сотрудничество. Была достигнута также договоренность о том, что отчет о данном совещании будет представлен для его опубликования в журнале цереброваскулярных заболеваний и что краткая информация о совещании будет представлена журналу *Lancet* и соответствующим другим журналам.

*Приложение 1*

**ПЕРЕЧЕНЬ РАБОЧИХ ДОКУМЕНТОВ**

Dr K. Asplund	Pan of actions to improve stroke care in European countries
Dr M. Dennis	Secondary Prevention of Stroke - UK Perspective
Professor S. Ebrahim	How to monitor and assess stroke care and rehabilitation
Professor G. Enina	Proposal for a National Stroke Prevention and Control Programme for Latvia
Dr I. Henriques	Goals and priority actions to improve stroke care in Europe - examples from two countries, Switzerland and Portugal
Ms B. Ireland	Priority areas and actions to improve the quality of stroke care in Europe
Professor M. Kaste	Early and late rehabilitation. Current approaches. Assessment of the quality of the outcome
Dr J. Mosbech	Current trends in stroke in Europe
Professor P. Traubner	Practices of stroke care and rehabilitation in Slovakia. Indicators of quality of care
Ms E. Wahrens	Quality assurance development of occupational therapy treatment of CVA-patients
Professor D. Zemaitytė	Stroke care and rehabilitation practice in Lithuania

**ЭТИ РАБОТЫ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПО ЗАПРОСУ ИЗ ЕРБ ВОЗ**

**Просьба обращаться по адресу:**

**Dr A. Shatchkute, Regional Adviser for Chronic Diseases  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
2100 Copenhagen Ø  
Denmark**

**Telefax: +45 39 17 18 18**

*Приложение 2*

**СПИСОК УЧАСТНИКОВ**

**Временные консультанты**

Dr K. Asplund, Associate Professor (Председатель)  
Department of Internal Medicine, University Hospital  
901 85 Umeaa, Sweden

Dr M. Dennis, Department of Clinical Neurosciences  
The University of Edinburgh, Western General Hospital, Crewe Road  
Edinburgh EH4 2XU, Scotland, United Kingdom

Professor S. Ebrahim (Составитель отчета)  
Department of Public Health and Primary Care  
Royal Free Hospital, School of Medicine, Rowland Hill Street  
London NW3 2PF, United Kingdom

Professor G. Enina, Latvian Neurovascular Center, 7th Hospital  
Hipokrata str. 2, 1038 Riga, Latvia

Professor M. Kaste, Department of Neurology University of Helsinki, Haartmaninkatu 4, 00290  
Helsinki, Finland

Professor P. Traubner, Head, Department of Neurology, Fakultna Nemocnica, Mickiewiczova 13,  
81369 Bratislava, Slovakia

Professor D. Zemaitytė, Director, Institute for Psychophysiology and Rehabilitation of Kaunas  
Medical Academy, Vydono 4, 5720 Palanga, Lithuania

**Представители других организаций**

Европейский совет по инсульту: Dr M. I. Henriques, Department of Neurology, Centre Hospitalier  
Universitaire Vaudois, (CHUV), 1011 Lausanne, Switzerland

Международная ассоциация эпидемиологии: Dr J. Mosbech, National Board of Health,  
Department of Health Statistics, Amaliegade 13, 1012 Copenhagen, Denmark

Международная ассоциация по борьбе с инсультом: Professor B. Johansson, Department of  
Neurology, University Hospital, 22185 Lund, Sweden

Всемирная конфедерация физиотерапевтов (ВКФТ-Европа): Ms. B. Ireland,  
Aurehøvej 5A, 2900 Hellerup, Denmark

Всемирная федерация эрготерапевтов (ВФФТ): Ms G. Hammerberg and Ms E. Waehrens, School  
of Occupational Therapy, Universitetsparken 4, 2100 Copenhagen O, Denmark

**Всемирная организация здравоохранения**

Д-р А. Shatchkute, региональный советник по хроническим болезнями (Секретарь)  
Dr K. Staehr Johansen, региональный советник по качеству и технологиям медицинской помощи  
Д-р М.С. Цешковский, директор, Профилактика болезней и качество медико-санитарной  
помощи