

Организация неврологической противэпилептической службы в поликлинике

В.О. Генералов

Эпилепсия – одно из немногих хронических заболеваний нервной системы, которое при адекватно подобранной терапии в большинстве случаев позволяет сохранить работоспособность и социальную активность пациента. При этом в последнее десятилетие в мире произошло смещение идеологических акцентов в лечении эпилепсии с психиатрического на неврологическое направление. Отражением этих тенденций явилось внесение эпилепсии в неврологический раздел Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

В Москве эпилепсия включена в реестр заболеваний, подлежащих льготному лекарственному обеспечению. Наличие в льготном списке лекарственных средств основных противосудорожных препаратов позволяет осуществлять подбор терапии в соответствии с современными рекомендациями ведущих мировых и российских неврологов.

Все это явилось предпосылками к созданию неврологической службы, занимающейся диагностикой эпилепсии и динамическим наблюдением за больными, страдающими эпилепсией.

Работа такой службы в системе государственной медицины должна базироваться на следующих принципах:

- комплексность, этапность, экономическая целесообразность;
- доступность для пациента;
- максимальная приближенность к пациенту;
- территориальная концентрация всех необходимых методов инструментального обследования;
- наличие обратной связи с поликлиниками по месту жительства пациента.

Неврологическая противэпилептическая служба должна выполнять консультативную, диагностическую и экспертную функции.

Госпитальные центры на базе научно-исследовательских институтов и городские больницы, имеющие в своей структуре неврологические отделения для обследования и лечения больных, страдающих эпилепсией, несомненно, имеют все возможности для оказания качественной высококвалифицированной неврологической помощи. В то же время они не лишены определенных недостатков.

Госпитализация для проведения планового обследования и коррекции терапии представляет существенные сложности для пациента, заставляя его надолго отрываться от обычной жизни, растягивает процесс подбора терапии на длительное время. Пребывание пациента в стационаре намного увеличивает не прямые затраты (стоимость койко-дня, питания и т.д.) на лечение больного с эпилепсией. Кроме этого, на уровне практической медицины в большинстве случаев отсутствует преемственность между амбула-

торным и госпитальным звеньями медицинской службы.

Эффективность работы консультативных поликлиник, функционирующих на базе учреждений, не находящихся в подчинении территориального управления здравоохранения, снижается за счет отсутствия обратной связи с городскими поликлиниками и возникающих сложностей при проведении динамического наблюдения.

В условиях такого мегаполиса, как Москва с 12-миллионным населением, проживающим в 10 административных округах, оптимальным вариантом решения назревших проблем, на наш взгляд, является создание единой городской централизованной неврологической противэпилептической службы. Госпитальным звеном такой службы должно быть специализированное неврологическое отделение.

Головными учреждениями, осуществляющими динамический контроль и подбор терапии в округах г. Москвы, должны быть окружные амбулаторные кабинеты врача невролога-эпилептолога на базе одной из городских поликлиник округа.

Создание окружного кабинета врача невролога-эпилептолога лежит в компетенции окружного Управления здравоохранения, в административном подчинении которого состоят все государственные амбулаторные учреждения округа. В связи с этим Управление имеет возможность обеспечить преемственность и взаимодей-

Василий Олегович Генералов – невролог, канд. мед. наук, зав. окружным эпилептологическим кабинетом Юго-Западного округа г. Москвы в консультативно-диагностической поликлинике № 121.

вие между такими различными по структуре и подходам, но близкими по целям службами, как психиатрическая и неврологическая.

Контроль, осуществляемый Управлением за распределением финансирования льготного лекарственного обеспечения, позволяет планировать рациональный расход денежных средств и обеспечить регулярное снабжение пациентов необходимыми лекарственными препаратами.

Работа окружного кабинета дает возможность обеспечения полного взаимодействия между неврологом-эпилептологом и неврологами поликлиник округа, а также координировать работу диагностических и консультативных окружных центров, более четкого формирования базы данных по заболеваемости эпилепсией, организовать динамическое наблюдение за пациентами и осуществлять более строгий контроль за их лекарственным обеспечением.

Необходимым, на наш взгляд, является обеспечение взаимодействия работы кабинета эпилептолога с отделением функциональной и ультразвуковой диагностики, что позволяет ускорить проведение диагностических мероприятий и избежать лишних затрат на приобретение необходимого оборудования при открытии кабинета. Возможности отделения диагностики должны обеспечить проведение следующих исследований: компьютерная электроэнцефалография (желательно с видеоэлектроэнцефалографией), ультразвуковая доплерография экстракраниальных и интракраниальных сосудов, электрокардиография, эхокардиография, ультразвуковые исследования щитовидной железы и органов брюшной полости. Кроме этого, важно иметь возможность проведения как в плановом, так и в экстренном порядке методов нейровизуализации (КТ и МРТ головного мозга). Все это позволит обеспечить оказание ком-

плексной консультативно-диагностической помощи пациентам, существенно повысит эффективность работы диагностического подразделения.

Одним из необходимых условий проведения адекватного подбора противоэпилептической терапии является проведение мониторинга противоэпилептических препаратов в плазме крови, что позволяет оценить риск развития побочных эффектов и установить причину недостаточной эффективности назначаемого лечения.

Координация и интеграция работы специалистов-эпилептологов, объединение региональных баз данных распространенности эпилепсии, осуществление регулярного повышения квалификации, подбора высококвалифицированных кадров для работы в кабинете является компетенцией Эпилептологического центра МЗ РФ (руководитель – проф. А.И. Федин). Наличие в его составе научных организаций, госпитальных учреждений и образовательных структур позволяет осуществлять организационные и консультативные функции, обеспечить подготовку высококвалифицированных кадров для работы неврологами-эпилептологами.

Моделью амбулаторного звена неврологической противоэпилептической службы был признан открывшийся в Юго-Западном административном округе Москвы с населением более 2 млн. человек окружной кабинет невролога-эпилептолога.

Окружной кабинет был создан на основании приказа по Управлению здравоохранения округа и функционирует на базе отделения ультразвуковой и функциональной диагностики консультативно-диагностической поликлиники № 121 (главный врач – В.А. Сапельникова). Нейровизуализация проводится в диагностическом консультативном центре № 1 (главный врач – Л.М. Манукян).

Задачами кабинета являются: оказание комплексной неврологической, диагностической и экспертной помощи больным с эпилепсией.

В соответствии с изложенными задачами кабинет осуществляет амбулаторно-поликлиническую консультативную и экспертную помощь больным с эпилепсией с участием специалистов различного профиля, организует и координирует работу неврологов, терапевтов и педиатров округа, формирует банк данных по заболеваемости эпилепсией в округе.

Организацию работы и контроль за деятельностью кабинета осуществляет Управление здравоохранения ЮЗАО. Утверждение в нормативном порядке должности главного окружного специалиста по эпилептологии, обеспечение его экспертными и координационными полномочиями позволило скоординировать работу неврологов поликлиник по лечению и реабилитации больных с эпилепсией.

Показаниями к направлению в кабинет являются: наличие эпилептического заболевания, повторение припадков у пациента с эпилепсией, впервые выявленные эпилептические припадки, неклассифицированные и неуточненные пароксизмальные состояния.

Согласно приказу по округу, все пациенты, страдающие эпилепсией и находящиеся под наблюдением невролога, обязаны быть направлены в кабинет для подтверждения диагноза. Льготное лекарственное обеспечение пациентам с эпилепсией в округе возможно только после подтверждения диагноза в кабинете.

Внедрение такого порядка работы позволило обеспечить доступность эпилептолога для пациентов, сделало возможным осуществление оперативной коррекции противосудорожной терапии, резко снизило количество госпитализаций, проводимых для кон-

трольного обследования больных с эпилепсией.

Одной из важнейших задач, стоящих перед кабинетом, является формирование банка данных по заболеваемости эпилепсией. Совместная работа с Бюро медицинской статистики округа позволила определить количество пациентов с эпилепсией, наблюдающихся в поликлиниках округа и психиатрической службе. Первичная регистрация заболевания в округе теперь возможна только в кабинете окружного эпилептолога, в поликлиниках учитываются только повторные приемы.

Для формирования персонализированной базы данных, учитывающей эффективность работы кабинета, нами разработана оригинальная компьютерная программа по учету больных эпилепсией, использованию противосудорожных препаратов и оценке результатов лечения.

Одной из задач Управления здравоохранения является перевод пациентов с эпилепсией без сопутствующей психиатрической патологии из психоневрологических диспансеров в неврологический кабинет эпилептолога. Для этого утвержден порядок взаимодействия психиатрической и неврологической противоэпилептических служб.

На первом этапе пациенты с эпилепсией направляются на консультацию в неврологический кабинет эпилептолога. После консультации в кабинете и беседы с пациентом, имеющим возможность выбирать врача и лечебное учреждение (Закон о защите прав пациентов), проводится совместный консилиум психиатра и невролога, и при наличии показаний и согласия пациента он переводится под наблюдение невролога.

Низкая информированность пациентов о современных возможностях подбора противоэпилептических средств и правилах первой помощи при приступе ле-

жит в основе их пассивности в проведении лечебных мероприятий, а также большого количества травм и осложнений, получаемых больными во время припадков.

В кабинете невролога-эпилептолога разработана программа однодневной “школы для больных эпилепсией”, в рамках которой пациенты снабжаются памятками с правилами оказания первой помощи во время приступа, рекомендациями о времени очередного диспансерного осмотра при подобранной терапии, методах контроля и коррекции побочных эффектов противоэпилептической терапии, разъясняются поводы для обращения в кабинет, даются рекомендации по трудовой, социальной и поведенческой реабилитации больных эпилепсией.

Опыт работы кабинета показал, что большинство пациентов, имеющих приступы, получают лечение неадекватными противоэпилептическими препаратами, либо дозы противоэпилептических средств недостаточны для эффективного контроля над приступами. Проводимая коррекция лечения, согласно современным алгоритмам, позволяет добиться значительных результатов в контроле над приступами, но при этом увеличивает стоимость прямых затрат поликлиник на лекарственное обеспечение пациентов.

Поэтому при проведении подбора противоэпилептической терапии в рамках Перечня льготных лекарственных препаратов необходимо учитывать не только синдромологическую принадлежность заболевания и форму припадков, но и стоимость противосудорожных средств. В Перечне льготных препаратов имеются разные по стоимости средства, принадлежащие к одной лекарственной группе.

Для уменьшения затрат нами разработан алгоритм подбора противосудорожных препаратов на основании Перечня:

1) синдромологическая диагностика формы эпилепсии и определение группы выбора противосудорожных препаратов;

2) назначение препарата из группы выбора с наиболее низким уровнем прямых затрат;

3) перевод на более дорогостоящие лекарственные формы препарата выбора возможен в случае зафиксированной неэффективности или развития побочных эффектов при применении более дешевого препарата;

4) исключение составляют подростки, в лечении которых предпочтительно следует отдавать более дорогим препаратам пролонгированного действия вне зависимости от переносимости препаратов короткого действия.

За первый год работы в кабинет обратились 412 пациентов с эпилепсией и другими пароксизмальными состояниями. В результате проведенных диагностических мероприятий диагноз “эпилепсия” был установлен 290 пациентам (70,4% из всех обращений). У пациентов старше 15 лет отмечалось преобладание симптоматических парциальных и вторично-генерализованных приступов (162 из 290 – 56%).

Ведущими этиологическими факторами являлись: посттравматическая энцефалопатия (46 больных – 15,9%), цереброваскулярная болезнь (66 больных – 22,7%, в том числе 38 больных с последствиями инсультов), алкогольная энцефалопатия (18 больных – 6,2%), последствия нейроинфекции (9 больных – 3,1%); дисплазии мозга (7 больных – 2,4%), артерио-венозные мальформации (4 больных – 1,4%), мезиальный темпоральный склероз (4 больных – 1,4%), другие причины (8 больных – 2,7%).

Неэпилептические пароксизмы были диагностированы у 122 пациентов. Наиболее часто встречались синкопальные состояния при вегетативной дисфункции и церебральных дисциркуляциях, транзитор-

ные ишемические атаки, мигренозные пароксизмы, кардиогенные обмороки, психогенные и ситуационно-провоцируемые обмороки.

9 практически здоровых пациентов были направлены в кабинет после обнаружения на ЭЭГ "повышенной судорожной готовности" при отсутствии указаний на наличие эпилептического заболевания.

Большинству пациентов была проведена коррекция противоэпилептической терапии. В результате

коррекции у 119 больных (41,0%) отмечено прекращение приступов. У 6 больных выявлено уменьшение приступов на 75%, у 1 – на 50% и у 1 – менее 50%. 163 больных не включены в анализ ввиду малого срока наблюдения.

2 больных госпитализированы в неврологическое отделение Центральной клинической больницы Московской Патриархии, в которой расположен Эпилептологический центр МЗ РФ.

Таким образом, организация централизованной амбулаторной помощи больным с эпилепсией является доступным, экономически целесообразным, высокоэффективным способом повышения качества лечебной и социальной реабилитации больных с эпилепсией. Перспективным представляется дальнейшее развитие неврологической противоэпилептической службы во всех округах Москвы. ●

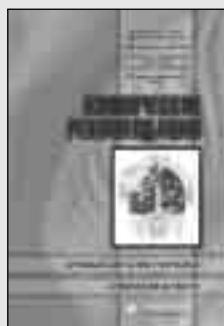


Неинвазивная диагностика атеросклероза и кальциноза коронарных артерий (авторы С.К. Терновой, В.Е. Синицын, Н.В. Гагарина). 144 с., ил.

Монография посвящена новым методам неинвазивной диагностики коронарного атеросклероза – электронно-лучевой и мультиспиральной компьютерной томографии. Рассматриваются вопросы патоморфологии кальциноза атеросклеротических бляшек, значимость коронарного кальциноза при ишемической болезни сердца и ряде других заболеваний. Дается обзор инструментальных методов выявления коронарного кальциноза. Подробно рассматривается опыт использования электронно-лучевой и мультиспиральной компьютерной томографии для скрининга атеросклероза в популяции, прогнозирования течения ишемической болезни сердца и оценки эффектов медикаментозных и оперативных вмешательств.

Даются рекомендации по оценке результатов скрининга коронарного кальциноза с помощью томографических методов. Рассматриваются вопросы сочетанного применения скрининга кальциноза и неинвазивной коронарной ангиографии с помощью современных методик компьютерной томографии.

Для рентгенологов, специалистов по лучевой диагностике, кардиологов и специалистов по функциональной диагностике.



Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит / Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. 272 с.

В новом клиническом руководстве по диагностике и лечению бронхиальной астмы у взрослых и атопического дерматита подробно освещены вопросы эпидемиологии, дифференциальной диагностики и лечения бронхиальной астмы и атопического дерматита, диагностики и лечения профессиональной и аспириновой астмы, астмы у беременных, а также проблемы ночной астмы, тяжелого обострения бронхиальной астмы, респираторной поддержки при астматическом статусе, влияния гастроэзофагеального рефлюкса и физической нагрузки на бронхоконстрикцию.

Для пульмонологов, аллергологов, терапевтов, врачей общей практики.



Клиническая фармакология бронхиальной астмы (авторы Л.М. Огородова, Ф.И. Петровский, Ю.А. Петровская). 160 с.

Монография посвящена фармакотерапии бронхиальной астмы. Рассмотрены и проанализированы с позиций доказательной медицины последние достижения в терапии бронхиальной астмы. В книге излагаются фармакологические механизмы и содержится полная справочная информация о лекарственных препаратах – ингаляционных глюкокортикостероидах, β_2 -адреномиметиках, теофиллинах, кромонах, антилейкотриенах, антихолинэргических препаратах. Детально освещены вопросы комбинированной терапии и ингаляционных средств доставки препаратов.

Для пульмонологов, терапевтов, клиницистов, врачей общей практики, студентов и аспирантов.