

УДК 614.2

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И НОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОМС

А.А. Старченко



ООО «Капитал Медицинское Страхование»

Реферат

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в большинстве своем сопровождаются развитием ранних и поздних опасных для жизни осложнений и возникновением новых тяжелых заболеваний, которые становятся причиной длительно текущих хронических болезненных состояний, инвалидизации и смерти пациента. Соответственно, развитие осложнений ОНМК и возникновение новых заболеваний и патологических состояний в острейшем и остром периоде инсульта могут быть вызваны особенностями течения ОНМК, индивидуальными характеристиками организма пациента и дефектами в оказании медицинской помощи, среди которых: несвоевременная диагностика первых признаков осложнения или нового заболевания, приводящая к несвоевременному началу лечения данного осложнения, переводу в отделение интенсивной терапии, оказанию медпомощи не в полном объеме; неправильный выбор методов диагностики, который приводит к позднему выявлению осложнения и позднему началу его лечения; отсутствие прогнозирования возможных осложнений и новых заболеваний, которое приводит к отсутствию их профилактики, несвоевременной диагностике начальных признаков осложнения и несвоевременному оказанию медпомощи по их поводу, следовательно, прогрессированию этих осложнений и новых заболеваний.

Ключевые слова:

ОНМК, осложнения инсульта, экспертиза качества медицинской помощи, дефекты качества медицинской помощи.

Для корреспонденции

Старченко Алексей Анатольевич

Советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование», доктор медицинских наук, профессор, член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности прав пациентов и независимой экспертизе», эксперт качества медицинской помощи

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 4079
E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115184, Москва, ул. Б. Татарская, д. 13, стр. 19

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в большинстве своем сопровождаются развитием ранних и поздних осложнений и возникновением новых заболеваний, которые становятся причиной длительно текущих хронических болезненных состояний, инвалидизации и смерти пациента. Соответственно, развитие осложнений ОНМК и возникновение новых заболеваний и патологических состояний в острейшем и остром периоде инсульта могут быть вызваны особенностями течения ОНМК, индивидуальными характеристиками организма пациента и дефектами в оказании медицинской помощи.

Статьей 2 Закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» определены характеристики ненадлежащего качества медицинской помощи:

- несвоевременность;
- неправильный выбор методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации;
- недостижение запланированного результата оказания медпомощи.

Указанные выше характеристики могут быть причиной дефектов в ведении пациента с ОНМК:

- несвоевременная диагностика первых признаков осложнения или нового заболевания приводит к несвоевременному началу лечения данного осложнения, переводу в отделение интенсивной терапии, оказанию медпомощи не в полном объеме;
- неправильный выбор методов диагностики приводит к позднему выявлению осложнения и позднему началу его лечения;
- отсутствие прогнозирования возможных осложнений и новых заболеваний приводит к отсутствию их профилактики, несвоевременной диагностике начальных признаков осложнения и несвоевременному оказанию медпомощи по их поводу, следовательно, прогрессированию этих осложнений и новых заболеваний.

Среди осложнений и новых заболеваний у пациентов с ОНМК наиболее часто встречаются следующие:

- острый коронарный синдром, острая сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца;
- пневмония, ассоциированная с инсультом, –

внутрибольничная пневмония, нозокомиальная пневмония (НП);

- тромбоэмболические осложнения;
- инфекция мочевыводящих путей.

Происхождение, течение и ведение указанных нозологических единиц и патологических состояний в процессе экспертных мероприятий (экспертизы качества медпомощи, ЭКМП) должны быть оценены на соответствие требованиям пункта 21 части 2 Закона РФ № 323-ФЗ как результат возможного ненадлежащего качества медпомощи по характеристикам: несвоевременность, неправильный выбор методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации; степень или недостижение запланированного результата оказания медпомощи.

С целью получения объективных, всесторонних и научно обоснованных результатов ЭКМП страховых случаев с ОНМК следует учитывать особенности осложнений и новых заболеваний, возникающих при оказании медпомощи по поводу ОНМК.

1. Кардиальные осложнения, такие как инфаркт миокарда или внезапная сердечная смерть, относятся к наиболее частым причинам смерти больных, переживших острую стадию инсульта. Ежегодный риск смерти вследствие сердечно-сосудистой катастрофы у больных, перенесших инсульт, составляет 2–4%. Инфаркт миокарда развивается при ишемическом инсульте в 0,5–3,6% случаев, причем у 37–60% указанных больных он привел к смерти, при геморрагическом – в 0,4–2% случаев. Описано уменьшение частоты случаев инфаркта миокарда до 0,8% после выполнения тромбэндартериектомии или имплантации стента в проксимальный отдел сонной артерии.

Нарушения ритма сердца, такие как фибрилляция предсердий, (над)желудочковые тахикардии и брадикардии вплоть до асистолии, после инсульта описаны во многих исследованиях – до 8% при ишемическом инсульте. Большая часть случаев нарушений ритма приходится на первые 72 часа после инсульта. В течение 7 дней после церебральной ишемии у больных, у которых раньше не было нарушений ритма сердца, в 4,8% случаев развивается фибрилляция предсердий, в 3,4% – другие нарушения ритма. Примерно у 1/3 больных, перенесших субарахноидальное кровоизлияние, развиваются нарушения ритма сердца, которые в 5–8% случаев имеют клиническое значение, так как речь идет о фибрилляции/трепетании предсердий или желудочковой тахикардии.

Сердечная недостаточность и инсульт представляют собой частое сочетание. Состояние функции сердца в значительной степени оказывает влияние на прогноз инсульта. Так, было проведено исследование с участием 200 больных после острой церебральной ишемии, из которых у 8,5% сердечная недостаточность была диагностирована еще до инсульта. В течение 72 ч после появления неврологических симптомов при проведении ЭхоКГ у 29% больных была выявлена систолическая и у 19% – диастолическая дисфункция. У пациентов, перенесших инсульт, у которых имелась систолическая дисфункция, зарегистрирован сравнительно высокий уровень госпитальной летальности. В других когортных исследованиях сердечная недостаточность регистрировалась у 3–29% больных, перенесших инсульт, при этом у 9% она была диагностирована до ишемического инсульта. Систолическая дисфункция левого желудочка, выявленная у 3–26% больных, перенесших субарахноидальное кровоизлияние, по меньшей мере в половине случаев носила преходящий характер.

2. Пневмония, ассоциированная с инсультом.

Примерно у каждого десятого больного после перенесенного инсульта развивается тяжелая бактериальная инфекция. Особенно часто в острой стадии инсульта наблюдаются пневмонии. Пневмония является независимым прогностически неблагоприятным фактором риска. Поэтому всех больных с инсультом необходимо тщательно обследовать для выявления признаков пневмонии и как можно более раннего начала антибактериальной терапии. У больных с повышенным риском следует на ранних этапах применять целенаправленные меры профилактики пневмонии.

Пневмония, ассоциированная с инсультом, – это бактериальная пневмония, которая может развиваться в первые дни после перенесенного инсульта. Раньше в литературе ее обозначали как аспирационную пневмонию, так как дисфагия является важнейшим клиническим фактором риска для пневмонии, ассоциированной с инсультом. Инфекционное заболевание может сопровождаться так называемым синдромом системного воспалительного ответа. К нему применимы также клинические критерии сепсиса. В редких случаях, когда появляются признаки острой полиорганной недостаточности, формируется клиническая картина тяжелого сепсиса. Инфекции относятся к наиболее частым осложнениям инсульта.

В специализированном сосудистом отделении бактериальные инфекции наблюдаются у 21–65% больных. Для сравнения: средняя частота инфекций в стационаре составляет 6–9%. Чаще всего у больных с инсультом развиваются инфекция мочевыводящих путей и пневмония. Инфекция мочевыводящих путей развивается у 6–27% больных, пневмония – у 5–22%. Частота инфекций коррелирует с первоначальной тяжестью инсульта. Исследования, проведенные на репрезентативных когортах больных, перенесших инсульт, показали, что средний риск заболевания пневмонией в первые 7 дней может достигать 7%. По сравнению с этими данными средний риск заболевания пневмонией в гериатрическом отделении составляет около 3%. Тяжелый сепсис после острого инсульта встречается редко. Его причинами являются тяжелая пневмония, инфекция мочевыводящих путей или катетерные инфекции.

К клиническим факторам риска пневмонии, ассоциированной с инсультом, относятся дисфагия, пожилой возраст больного (>75 лет) и искусственная вентиляция легких. Риск пневмонии повышается по мере нарастания тяжести инсульта (>5 по шкале, разработанной Национальным институтом здравоохранения США [NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale]) и размера очага инфаркта. На основании этих клинических факторов была разработана простая шкала прогнозирования пневмонии после инсульта.

Факторы риска по шкале A2DS2, являющиеся предикторами пневмонии: возраст (A – Age; старше 75 лет), фибрилляция предсердий (A – Atrial Fibrillation), дисфагия (D – Dysphagia), пол (S – Sex; мужской) и тяжесть инсульта (S – Severity; NIHSS >5). Оценка более 3 баллов по шкале A2DS2 как признак высокого риска пневмонии имеет чувствительность более 90% и специфичность более 50%. С помощью этой шкалы можно выявить высокий риск пневмонии уже спустя 1 день после инсульта и начать активные профилактические мероприятия.

Больных с высоким риском пневмонии необходимо несколько раз в день обследовать для исключения признаков пневмонии и проводить общие мероприятия по ее профилактике. К таким мероприятиям относятся:

- проба на дисфагию;
- глотательные упражнения;
- ранняя мобилизация;

- дыхательные упражнения;
- приподнятие верхней половины тела (на 30–45°);
- исключение из назначений ингибиторов протонной помпы;
- соблюдение гигиены рта (полоскания раствором хлоргексидина);
- отказ от профилактической интубации;
- отказ от профилактического введения желудочного зонда;
- отказ от раннего наложения чрескожной эндоскопической гастростомы.

Несмотря на то что пневмония, ассоциированная с инсультом, считается излечимым осложнением, она является независимым фактором риска неблагоприятного отдаленного прогноза. На долю пневмонии приходится 20% ранней смертности; кроме того, она приводит к формированию устойчивого неврологического дефекта после инсульта. Наряду с патогенетической терапией инсульта эффективная профилактика пневмонии является важнейшим компонентом лечения и служит для улучшения прогноза после инсульта.

3. Тромбоз глубоких вен – частое осложнение после инсульта. Обычно тромбоз возникает преимущественно в нижних конечностях, но при наличии локальных повреждающих факторов (например, катетер в центральной вене, инфильтрация опухолью) может иметь иную локализацию. Отрыв фрагментов тромба от основной его массы или от венозной стенки приводит к тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Это состояние диагностируется с помощью соответствующих методов у 20–50% больных с тромбозом глубоких вен, однако клинические признаки выявляются менее чем у 5%. К последствиям тромбоэмболии легочной артерии относится посттромботический синдром, который выявляется спустя 5–8 лет примерно у 1/3 больных с тромбозом глубоких вен, а также хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия, развивающаяся после ТЭЛА в 5% случаев.

4. Неврологические нарушения мочеиспускания наблюдаются у каждого 2–3-го больного, перенесшего инсульт. Урологическая симптоматика значительно чаще появляется у больных старше 60 лет. К факторам риска инфекции мочевыводящих путей относятся пожилой возраст, тяжелый инсульт, применение мочевого катетера и женский пол.

Совместное обследование больного, перенесшего инсульт, и дальнейшее лечение его урологом должны проводиться периодически с целью оценки статуса больного, выбора метода лечения и контроля его динамики; они последовательно включают в зависимости от клинической ситуации:

- сбор подробного анамнеза (предшествующие заболевания, факторы риска, диатезы) и соматическое обследование;
- тщательный контроль баланса вводимой и выделяемой жидкости (в условиях стационара) или ведение дневника, в котором отмечается количество выпитой жидкости и выделенной мочи (в амбулаторных условиях);
- общий анализ мочи (с применением многофункциональных тест-полосок);
- урофлоуметрию;
- ультразвуковое исследование, при необходимости соноэластографию (для выявления объемных образований, имплантатов в области тазового дна);
- цистоскопию;
- рентгенографию мочевого пузыря, в том числе с применением контрастного средства (цистография);
- уродинамическое исследование;
- МРТ.

К типичным осложнениям инсульта, возникающим у больных в течение нескольких последующих месяцев и требующим лечения, относятся:

- частые позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание;
- стрессовое и императивное недержание мочи;
- задержка мочи, требующая катетеризации мочевого пузыря (медицинским работником или самим больным);
- задержка мочи с возникновением пузырно-мочеточниково-почечного рефлюкса;
- недержание кала;
- нарушение опорожнения мочевого пузыря с образованием остаточной мочи;
- инфекции мочевыводящих путей (НИМВП);
- боль в области таза;
- нарушение сексуальной функции у женщин;
- эректильная дисфункция у мужчин (Осложнения и последствия инсультов. Диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функции, 2018).

А.В. Зверьков, А.П. Зузова (2013) указывали, что частота встречаемости нозокомиальных инфекций (НИ) в острый период инсульта представлена в широком диапазоне: от 5 до 65% для всех инфекций, из них 1–33% – НП, 2–27% – нозокомиальные инфекции мочевыводящих путей (НИМВП). Авторы приводят исследование, включавшее 14 293 пациентов, где НП была самым частым осложнением острого периода инсульта, при этом летальность возрастала в 3 раза. Общая частота инфекционных осложнений после инсульта составляет около 30%, из них НП и НИМВП – около 10%. В палатах общего профиля НП и НИМВП развиваются у 1,1 и 1,7% пациентов соответственно. НИ чаще диагностировалась в течение первых 3 дней госпитализации, в 25% случаев – позже 3 дней. НП выявлялась чаще в первые дни после развития инсульта как у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), так и в профильном отделении. НП и НИМВП повышают риск неблагоприятного исхода у пациентов с ОНМК, способствуют обездвиживанию и ухудшению условий ухода, удлинению сроков госпитализации.

К перспективным направлениям профилактики НП авторы относят:

1. *Метод активной аспирации из подсвязочного пространства.* Аспирация секрета из ротоглотки и подсвязочного пространства является важной частью профилактики развития вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП). Эндотрахеальные трубки (ЭТТ) с возможностью аспирации секрета из ротоглотки и подсвязочного пространства были специально разработаны как устройства с отдельным каналом для постоянного активного дренирования секрета из надманжеточного пространства. Применение ЭТТ с возможностью дренирования из надманжеточного пространства позволило снизить частоту развития ВАП на 50%. Использование ЭТТ с аспирацией из подсвязочного пространства снижает риск развития ВАП в сроки с 3-х по 7-е сутки искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

2. *Эндотрахеальные трубки с покрытием.* Применение ЭТТ, покрытых серебром, сопровождается уменьшением частоты ВАП в связи со снижением бактериальной колонизации дистальных отделов дыхательных путей, особенно во время бронхоскопий и санаций дыхательных путей, а также образования биопленок. Наблюдалось значительное снижение частоты развития ВАП у пациентов, интубированных

посеребрёнными ЭТТ и находящихся на ИВЛ сутки и более. Микробиологическое подтверждение НП получено у 4,8% пациентов, интубированных ЭТТ с серебряным покрытием, и у 7,5% пациентов со стандартной ЭТТ.

3. *Обработка полости рта раствором хлоргексидина.* В многочисленных исследованиях проведен анализ эффективности обработки полости рта раствором хлоргексидина для профилактики НП у разных категорий больных. Было выявлено, что применение хлоргексидина снижает частоту развития НП у кардиохирургических больных в ОРИТ, однако эффективность обработки полости рта раствором хлоргексидина как средства профилактики ВАП у хирургических и соматических больных в ОРИТ не доказана.

4. *Метод «перерыва седации» пациентов и перехода на режимы вспомогательной вентиляции легких в профилактике ВАП.* Перерывы седации включают в себя ежедневную оценку готовности пациента обходиться без седативной терапии и возможность перевода его на различные режимы вспомогательной вентиляции легких. Значительное снижение длительности проведения ИВЛ и сокращение сроков госпитализации в ОРИТ было выявлено в группе пациентов, которым проводился ежедневный перерыв седации.

5. *Метод высокопоточной кислородотерапии.* Внедрение в ОРИТ высокопоточных назальных кислородных канюль для осуществления кислородотерапии обеспечивает доставку увлажненного кислорода в дыхательные пути пациента с FiO₂ до 100%. Применение высокопоточной назальной оксигенотерапии с помощью назальных катетеров снижает необходимость интубации и ИВЛ у больных с ранними признаками дыхательной недостаточности за счет значительного сокращения дыхательных усилий и улучшения парциального давления кислорода в крови.

В.Г. Гусаров и соавт. (2012) считают, что ранняя постановка правильного диагноза является фундаментальной основой ведения пациентов с НП. Поздняя диагностика и последующее запоздалое начало адекватного лечения могут приводить к неблагоприятному течению и исходу НП. Риск развития пневмонии при инсульте значительно выше, чем при многих других тяжелых заболеваниях, травмах, критических состояниях. Среди факторов риска развития пневмонии у пациентов с инсультом известны

следующие: возраст старше 65 лет, тяжелый неврологический дефицит, обширный инфаркт в бассейне средней мозговой артерии, нарушения сознания и глотания, дизартрия, афазия, хроническая obstructивная болезнь легких (ХОБЛ), гипергликемия, несбалансированное питание, уремия. У пациентов с инсультом в возрасте старше 65 лет наличие даже одного из этих факторов позволяет с высокой чувствительностью и специфичностью предсказать развитие пневмонии. НП является фактором риска развития неблагоприятного исхода у пациентов с острым инсультом. Отдельно взятые клинические, лабораторные и рентгенологические признаки НП обладают неудовлетворительной чувствительностью, что может обуславливать удлинение сроков принятия решения о коррекции терапии в связи с развитием НП. Учитывая эти обстоятельства, алгоритм диагностики НП должен включать такие методики, комплексное применение которых имеет максимальную чувствительность и специфичность. Этому требованию в большей степени отвечает применение шкалы CPIS, в которой клинические, лабораторные, рентгенологические и бактериологические данные теряют свою исключительность и приобретают примерно равное значение. При этом, по нашим данным, чувствительность метода повышается до 97%, а специфичность составляет 97,9%. Важно подчеркнуть, что главным достоинством применения шкалы CPIS для оценки вероятности НП стало значительное опережение динамики балльной оценки в сравнении с появлением рентгенологических изменений. Наиболее значимыми факторами риска развития НП у больных с острым инсультом являются: время до интубации трахеи ≥ 1 час, количество фибробронхоскопий ≥ 2 , время до начала энтерального питания ≥ 3 сут, бульбарные нарушения.

М.А. Кутлубаев (2014) указывает на важность оценки двух постинсультных состояний.

1. Постинсультная пневмония – это пневмония, которая развивается в течение первого месяца после церебрального инсульта. Некоторые авторы, однако, подразделяют постинсультную пневмонию на раннюю и позднюю в зависимости от того, развилась она в течение первого месяца после инсульта или позже. Основная причина развития постинсультной пневмонии – аспирация. Риск аспирации наиболее высок у пациентов с нарушениями глотания (дисфагией) и расстройством сознания. В остром периоде

церебрального инсульта аспирация является прямым следствием дисфагии, в то время как в восстановительном периоде, как правило, имеет место микроаспирация (или немая аспирация) – затекание назального секрета или слюны в дыхательные пути в ночное время. Частота постинсультной пневмонии, по данным разных авторов, колеблется от 4 до 56%. Наиболее высокие показатели получены в исследованиях, проведенных в палате интенсивной терапии неврологического профиля, – 4,1–56,5%, чуть ниже – в палате интенсивной терапии общего профиля – 17–50%, в инсультном отделении – 3,9–44%, в реабилитационном отделении – 3,2–11%. Высокие показатели частоты постинсультной пневмонии в палатах интенсивной терапии связаны с тем, что в них находятся пациенты с тяжелыми инсультами, с нарушениями глотания, с назогастральными зондами, находившиеся ранее на ИВЛ. Для выявления группы риска развития пневмонии после инсульта предложено несколько прогностических шкал. Одна из них – шкала A2DS2, максимальное значение по которой 10 баллов. При значении 0 баллов риск развития пневмонии составляет 0,3%, а при значении 10 баллов – около 40%. Шкала позволяет выявить высокий риск пневмонии уже спустя 1 день после инсульта и начать активные профилактические мероприятия.

Шкала риска развития пневмонии после инсульта (A2DS2):

Параметр на момент поступления и балл

1. Возраст более 75 лет – +1 балл.
2. Фибрилляция предсердий – +1 балл.
3. Дисфагия – +2 балла.
4. Мужской пол – +1 балл.
5. Тяжесть инсульта по шкале, баллы:
 - 5.1. Сумма баллов по шкале NIHSS 0–4 – +0 баллов.
 - 5.2. Сумма баллов по шкале NIHSS 5–15 – +3 балла.
 - 5.3. Сумма баллов по шкале NIHSS более 16 – +5 баллов.

При значении суммы баллов по шкале **A2DS2**:

- 0 баллов – риск развития пневмонии составляет 0,3%;
- 5 баллов – высокий риск пневмонии – 20–30%;
- 10 баллов – около 40%.

Оценка и интерпретация результатов оценки Шкалы тяжести инсульта NIHSS (оценивает невро-

лог или реаниматолог; обязательна для госпитально-го регистра ОНМК; при поступлении и при выписке) (Союз реабилитологов России):

- сумма баллов NIHSS 0 – нет симптомов инсульта;
- сумма баллов 1–4 – инсульт легкой степени;
- сумма баллов 5–15 – инсульт средней степени тяжести;
- сумма баллов 16–20 – тяжелый инсульт;
- сумма баллов 21–42 – крайне тяжелый инсульт;
- сумма баллов 5–24 – показания к тромболизису у пациентов с ишемическим инсультом в терапевтическом окне.

Развитие пневмонии оказывает выраженное негативное влияние на исход инсульта. У пациентов с постинсультной пневмонией выше смертность, как ранняя (госпитальная), так и отсроченная (после выписки), хуже функциональный исход, чаще наблюдается необходимость в постороннем уходе. По данным Китайского национального регистра инсульта, развитие пневмонии значительно повышает риск развития других осложнений церебрального инсульта, таких как желудочно-кишечные кровотечения, пролежни, тромбоз глубоких вен, эпилептические приступы, инфекции мочевыводящих путей, фибрилляция предсердий и повторный инсульт. Негативное влияние пневмонии на исход инсульта связано с рядом факторов, в частности, лихорадка, электролитные нарушения и гипоксия могут усугублять состояние пациента. Пневмония может стать причиной развития делирия. Воспалительный процесс также может приводить к гиперкоагуляции и, как следствие, к увеличению ишемического очага в головного мозга.

Факторы риска по развитию пневмонии после инсульта:

- Пожилой возраст.
- Мужской пол.
- Угнетение сознания.
- Интубация трахеи.
- Текущее инфекционно-воспалительное заболевание (не легочное) до инсульта.
- Парентеральное питание.
- Подключичный катетер.
- Хронические заболевания в анамнезе (фибрилляция предсердий, ХОБЛ, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

- Гипоальбуминемия.
- Низкий уровень гемоглобина.
- Высокое артериальное давление при поступлении (у пожилых).
- Уровень ЛПВП $\geq 2,1$ ммоль/л.
- Прием ингибиторов протонной помпы.
- Тяжелый неврологический дефицит (более 10 баллов по шкале NIHSS).
- Дисфагия.
- Инсульты в анамнезе.
- Высокий балл по шкалам, оценивающим функциональные исходы инсультов (шкала Рэнкина, шкала Бартел).
- Большие размеры инсультного очага.
- Инсульты в стволе, в бассейне СМА, в правой гемисфере.

2. Инфекционно-воспалительные заболевания мочевых путей. Частота развития уроинфекции в течение первого месяца после инсульта колеблется от 1 до 24%, в среднем составляя 10%. Как и пневмония, она оказывает выраженное негативное влияние на исход инсульта. Развитие инфекции мочевыводящих путей связано с увеличением сроков госпитализации, стоимости лечения и риском развития уросепсиса. Уроинфекция в 5 раз повышает риск усугубления неврологического дефицита в остром периоде инсульта. Отрицательное влияние уроинфекции на состояние пациента после инсульта связано с лихорадкой, снижением двигательной активности катетеризированных пациентов.

К.И. Агафонов и соавт. (2016) указали на особенности течения острого периода ишемического инсульта, осложненного НИ. Прогноз инсульта определяется не только топикой и объемом поражения мозга, но и формированием у больного полиорганной патологии в связи с утратой вегетативных церебровисцеральных рефлексов и с индуцированной иммунной недостаточностью. Данное состояние известно в мировой литературе как «инсульт-индуцированные инфекции», наиболее часто это НИ. По результатам многих наблюдений, частота развития пневмоний достигает 85%. В первые 3 суток данные инфекционные осложнения развиваются наиболее часто. Вторая волна пневмоний регистрируется через 2–6 недель от момента госпитализации. Не каждый инсульт однозначно приводит к госпитальному инфекционному осложнению. Ранние пневмонии наиболее часто возникают при массив-

ных кровоизлияниях или обширной полушарной ишемии мозга, а также в очагах в стволе мозга любого объема. Как уже говорилось, патогенез НП при ОНМК связан как с нарушением церебровисцеральных рефлексов и легочной перфузии, так и с первичными церебральными симптомами – дисфагией и аспирацией. Жизненно важным мероприятием у пациентов с дисфагией является модификация диеты с целью снижения риска аспирации либо полное исключение самостоятельного глотания на период 3–5–7 дней с постоянной тренировкой самостоятельного глотания (логопедический массаж, прием воды мелкими глотками 3–4 раза в день). В то же время необходимо обеспечить полноценное питание и достаточный объем жидкости. Авторами установлена прямая средней степени выраженности корреляционная зависимость между выраженным неврологическим дефицитом при поступлении с нарушением активности по шкале Рэнкина (5 баллов) и частотой летальных исходов госпитализации: нарушениями антибактериальной терапии и развитием пневмонии. Установлена прямая средней степени выраженности корреляционная зависимость между летальностью и гипопроотеинемией менее 65 г/л; тяжелым нарушением мобильности (5 баллов по шкале Рэнкина) и применением антибиотиков; тяжелым нарушением мобильности и госпитализацией более 13 койко-дней. Кроме того, прослеживается прямая средней степени выраженности корреляционная зависимость между наличием гипопроотеинемии менее 65 г/л и риском возникновения пневмонии.

М.А. Биденко и В.В. Шпрах (2012) исследовали структуру госпитального инсульта, его исходы и осложнения и ключевой индикатор качества оказания медицинской помощи больным с инсультом – время от появления первых симптомов заболевания до обращения за медицинской помощью. При исследовании уровня общей летальности при инсульте значимых отличий в данном показателе за весь период исследования выявлено не было, то же справедливо в отношении ишемического инсульта. Однако отмечалось более чем 6% снижение уровня летальности при геморрагическом инсульте, что, по мнению авторов, связано с активным внедрением оперативных методов лечения данной патологии.

За период исследования отмечалось значимое уменьшение частоты пневмоний у умерших боль-

ных. Этот факт авторы объясняют внедрением обязательного скрининга глотания у всех больных при поступлении, ранней вертикализацией пациентов с инсультом, применением дыхательных упражнений и усилением контроля над проведением ИВЛ. Показатель времени от появления первых симптомов заболевания до обращения за медицинской помощью за период исследования значительно уменьшился (2008 г. – 8–21 час; 2011 г. – 5–10 часов). Это, по мнению авторов, говорит об улучшении осведомленности населения о первых симптомах и признаках инсульта.

М.А. Герасимова (2020) напоминает о том, что важность проблемы инсульта кроется не столько в самом заболевании как таковом, сколько в его исходах. Учеными Оксфордского университета установлено, что летальность от всех видов инсульта в течение первой недели составляет 12%, первого месяца – 19%, первого года – 31% и 60% – в течение 5 лет. По данным же российских авторов, ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, а в течение года умирают около 50% больных, т.е. каждый второй заболевший, а спустя 7 лет летальность достигает 80%. Непосредственной причиной смерти человека может явиться не сам эпизод ОНМК, а его осложнения (такие, как пневмония, в том числе аспирационная, отек и дислокация головного мозга, легочно-сердечная недостаточность, тромбоз вен нижних конечностей, сепсис и др.). Актуальность проблемы НП заключается в том, что помимо высокой распространенности данное заболевание с учетом тяжести основного заболевания и наличия коморбидных состояний характеризуется высокой летальностью, которая достигает 30–70%, при этом определить так называемую атрибутивную летальность, т.е. непосредственно связанную с НП, бывает сложно. По статистике трех последних лет, у 23,1% пациентов блока интенсивной терапии пневмония установлена уже при поступлении. У 48,0% пациентов, проходивших лечение в палате интенсивной терапии, пневмония включена в структуру окончательного диагноза. Из них у 83,3% пациентов диагностирована НП, 16,7% пневмоний имели аспирационный генез. Наряду с этим у 46,1% пациентов, умерших в блоке интенсивной терапии, по итогам секционного исследования выявлены морфологические признаки пневмонии (Трясунова М.А. и др., 2015). В первые 3 суток данные инфекционные

осложнения развиваются наиболее часто. Вторая волна пневмоний регистрируется через 2–6 недель от момента госпитализации. Ранние пневмонии наиболее часто возникают при массивных кровоизлияниях или обширной полушарной ишемии мозга, а также в очагах в стволе мозга любого объема (Агафонов К.И. и др., 2016). Но также не стоит забывать и про отдаленные периоды ОНМК, когда риск развития пневмонии достаточно высок. Так, по результатам исследования группы авторов в городе Архангельске было показано, что при последствиях инсульта (ПИ) в 79,9% случаев люди умирали от развившейся пневмонии на дому, что вносит существенный вклад в поддержание высокого уровня смертности от данной группы состояний, в том числе и вне медицинских организаций (Герасимова М.А. и др., 2017). Есть отдельные публикации о данных регистра ОРАКУЛ-РФ, где пневмония была зафиксирована у 43,1% пациентов с декомпенсацией кровообращения, а летальность при внебольничной пневмонии (ВП) у пациентов этой категории больных достигала 21,5–27,4%. Имеются единичные работы, в которых показано, что именно пневмония явилась причиной смерти у больных с ОНМК. Так, в работе Chang и соавт. (2013) она составила 5% (приблизительно 12 тыс. смертей в год). В метаанализе Westendorp и соавт. (2011) частота возникновения пневмоний составила 9–10%, в отделениях интенсивной терапии – 38–52%. Улучшение качества медицинской помощи привело к уменьшению числа летальных исходов в остром периоде заболевания, однако среди выживших 19–35% остаются глубокими инвалидами и требуют ухода, а к труду возвращаются не более 20–30% пациентов трудоспособного возраста. Вопросу повышения выживаемости пациентов в отдаленные периоды заболевания в настоящее время уделяется меньшее внимание. Система здравоохранения часто «теряет из виду» таких пациентов после выписки из стационара. Это приводит к наступлению высокого риска летальных исходов вне медицинских организаций (Герасимова М.А. и др., 2017; 2020). Ввиду определенных сложностей и сложившейся практики пневмония редко рассматривается как причина смерти, несколько чаще – как смертельное осложнение. В известной мере это искажает истинное значение пневмонии как фактора танатогенеза при сосудистых катастрофах. Важно определить истинную роль пневмонии как смертельного осложнения или

сочетанного заболевания при сосудистых катастрофах не только со статистических, но и с клинических позиций, что позволит разрабатывать эффективные способы профилактики, рекомендации по своевременной диагностике и лечению заболевания (Герасимова М.А. и др., 2020).

Д.В. Одинцова и соавт. (2017–2018) изучали роль пневмонии в танатогенезе у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и ОНМК.

Д.В. Одинцовой (2018) сделаны важные для ЭКМП выводы:

1. Роль развития НП как фактора риска смертельного исхода при ОИМ и ОНМК недооценивается: ее частота составила 68,6%, из них с ОИМ – 34,8%, а с ОНМК – 75,2%, причем при ИВЛ длительностью 3 суток и более она была в 4,5 раза выше.

2. Диагностика НП у пациентов с ОИМ и ОНМК существенно затруднена. НП не была диагностирована при жизни в 27,1% случаев, в 69% не было проведено рентгенологическое исследование в динамике, гипертермии не было у 53,8%, аускультативные признаки не регистрировались у 73%, лейкоцитоза/лейкопении не было у 46,2%.

3. Предикторами развития НП оказались длительность госпитализации и длительность ИВЛ, а возраст, пол, наличие сахарного диабета и ХОБЛ, катетеризация центральных вен не влияли на частоту ее развития.

4. Гипертермия, лейкоцитоз, аускультативные данные и рентгенологические изменения, характерные для пневмонии, достоверно чаще встречаются у пациентов с НП, но их отсутствие не исключает ее наличие у больных с ОИМ и ОНМК.

5. Пациенты с ОИМ и ОНМК, имеющие повышенный риск развития НП, нуждаются в проведении комплекса мероприятий по профилактике пневмонии. Эти мероприятия могут быть оформлены в форме локальных протоколов.

6. Диагностика НП у пациентов с ОИМ и ОНМК, особенно в условиях ОРИТ, должна основываться на комплексной оценке клинических (лихорадка, аускультативные изменения), лабораторных (лейкоцитоз) и рентгенологических данных.

А.Г. Чучалин и соавт. (2016) представили согласованную позицию экспертов по лечению пневмонии у пациентов с декомпенсацией кровообращения.

1. *Госпитализация.* Госпитализация при подтвержденном диагнозе пневмонии у пациента со

стабильной ХСН необходима при наличии как минимум одного из следующих признаков.

Данные физикального обследования: частота дыхания ≥ 30 /мин; ДАД ≤ 60 мм рт.ст.; САД < 90 мм рт.ст.; ЧСС ≥ 125 уд/мин; температура тела $< 35,5$ °С или $\geq 39,9$ °С; нарушение сознания. Лабораторные и рентгенологические данные: количество лейкоцитов в периферической крови $< 4,0 \times 10^9$ /л или $> 20,0 \times 10^9$ /л; $\text{SaO}_2 < 92\%$ (по данным пульсоксиметрии), $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт.ст. и/или $\text{PaCO}_2 > 50$ мм рт.ст. при дыхании комнатным воздухом; креатинин сыворотки крови $> 176,7$ мкмоль/л; пневмоническая инфильтрация, локализуемая более чем в одной доле; наличие полости (полостей) распада; плевральный выпот; быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких (увеличение размеров инфильтрации $> 50\%$ в течение ближайших 2 суток); гематокрит $< 30\%$ или гемоглобин < 90 г/л; внелегочные очаги инфекции (менингит, септический артрит и др.); сепсис или полиорганная недостаточность, проявляющаяся метаболическим ацидозом ($\text{pH} < 7,35$), коагулопатией.

Невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях. При наличии ХСН стабильного течения, а также возраста старше 60 лет (возрастная категория, к которой относится большинство больных с недостаточностью кровообращения) выбор стационарного лечения ВП представляется нам более оптимальным. Дополнительными независимыми критериями предпочтительности стационарного лечения ВП у пациентов с ХСН являются: другие сопутствующие заболевания (хронический бронхит/ХОБЛ, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит массы тела, цереброваскулярные заболевания); неэффективность стартовой антибактериальной терапии.

2. *Оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии (АБТ) и ее продолжительность.* Первоначальная оценка эффективности стартового режима АБТ должна проводиться через 48–72 ч после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки является снижение температуры тела, выраженности интоксикации, дыхательной недостаточности, недостаточности кровообращения и других систем. Если у пациента

сохраняются высокая лихорадка и интоксикация, прогрессируют симптомы заболевания или развиваются осложнения, АБТ расценивается как неэффективная. В этом случае необходимо пересмотреть выбранный режим АБТ. При неэффективности АБТ на втором этапе необходимо провести обследование пациента для уточнения диагноза, выявления возможных осложнений ВП и проанализировать результаты доступных к этому моменту микробиологических исследований. При положительной динамике у пациентов, получавших стартовую антибактериальную терапию (АБТ) парентерально, следует рассмотреть возможность перевода на пероральный прием антибактериальных препаратов (АБП) в рамках ступенчатой терапии. При положительной динамике у пациентов, получавших стартовую АБТ парентерально, следует рассмотреть возможность их перевода на пероральный прием АБП в рамках ступенчатой терапии. Ступенчатая АБТ предполагает двухэтапное применение АБП, при котором терапия начинается с внутримышечного или внутривенного введения антибиотика с последующим переходом на пероральный прием того же препарата либо АБП со сходным спектром активности и механизмом действия. Переход осуществляется сразу после стабилизации клинического состояния пациента. Цель ступенчатой терапии заключается в уменьшении длительности парентеральной АБТ, что обеспечивает сокращение сроков пребывания пациента в стационаре и снижение риска осложнений.

3. *Продолжительность АБТ.* Выбор оптимальной продолжительности АБТ у пациентов с ВП и ХСН определяется возрастом, состоянием иммунной системы, наличием других сопутствующих заболеваний, осложнений, скоростью ответа на стартовую АБТ, характеристикой назначенного антибактериального препарата, результатами этиологической верификации диагноза. При нетяжелой ВП АБТ может быть завершена по достижении стойкой нормализации температуры тела в течение 48–72 ч. При таком подходе длительность лечения обычно составляет 7 дней. Оптимальная продолжительность применения антибактериальных препаратов при тяжелой ВП до настоящего времени не определена. Метаанализ исследований, оценивавший исходы лечения у пациентов с ВП относительно коротким (7 дней) курсом АБТ, не выявил различий между группами, однако в него не включались пациенты, госпитализирован-

ные в ОРВИ. По мнению экспертов, при тяжелой ВП неуточненной этиологии продолжительность АБТ должна составлять 10 дней. Более длительные курсы АБТ (14–21 день) рекомендуются при развитии осложнений заболевания (эмпиема, абсцесс), наличии внелегочных очагов инфекции, инфицировании такими возбудителями, как *S. aureus*, *Legionella* spp., неферментирующие микроорганизмы (*P. aeruginosa* и др.). Длительность применения противовирусных препаратов (оселтамивир, занамивир) обычно составляет 5–10 дней.

4. Эмпирическая АБТ ВП у госпитализированных пациентов с ХСН:

1) Пневмония нетяжелого течения.

Наиболее частые возбудители: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *C. pneumoniae*, *S. aureus*, *Enterobacteriaceae*.

Рекомендованные режимы терапии: Ампициллин/сульбактам в/в, в/м, Амоксициллин/клавуланат в/в, в/м, Цефотаксим в/в, в/м, Цефтриаксон в/в, в/м, Эртапенем в/в, в/м ± макролид (азитромицин, кларитромицин) внутрь или Респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в.

2) Пневмония тяжелого течения без факторов риска инфицирования *P. aeruginosa* (длительная терапия системными ГКС в фармакодинамических дозах, вторичные бронхоэктазы, недавний прием системных АМП) и аспирации:

Наиболее частые возбудители: *S. pneumoniae*, *Legionella* spp., *S. aureus*, *Enterobacteriaceae*.

Рекомендованные режимы терапии: Цефтриаксон, цефотаксим, амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, цефепим, цефтазолин, эртапенем в/в + макролид (азитромицин или кларитромицин) в/в или Респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в + цефтриаксон, цефотаксим в/в.

3) Пневмония тяжелого течения с факторами риска инфицирования *P. aeruginosa* (длительная терапия системными ГКС в фармакодинамических дозах, вторичные бронхоэктазы, недавний прием системных АМП).

Наиболее частые возбудители: *S. pneumoniae*, *Legionella* spp., *S. aureus*, *Enterobacteriaceae* + *P. aeruginosa*.

Рекомендованные режимы терапии: Пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем/

циластатин в/в + ципрофлоксацин или левофлоксацин (левофлоксацин назначается в дозе 500 мг/2 раза в сутки; в/в) или Пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем/циластатин в/в + аминогликозид II–III поколения (могут использоваться гентамицин, амикацин, тобрамицин; выбор препарата зависит от региональных/локальных данных чувствительности *P. aeruginosa*) в/в + азитромицин или кларитромицин в/в или Пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем/циластатин в/в + аминогликозид II–III поколения (могут использоваться гентамицин, амикацин, тобрамицин; выбор препарата зависит от региональных/локальных данных чувствительности *P. aeruginosa*) в/в + моксифлоксацин или левофлоксацин в/в.

4) Пневмония тяжелого течения с подтвержденной/предполагаемой аспирацией.

Наиболее частые возбудители: *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Streptococcus* spp., *S. aureus*, *Enterobacteriaceae*.

Рекомендованные режимы терапии: Амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, пиперациллин/тазобактам, эртапенем, меропенем, имипенем/циластатин в/в или Цефтриаксон, цефотаксим в/в + клиндамицин или метронидазол в/в.

При наличии показаний всем пациентам (у пациентов, нуждающихся в ИВЛ, при наличии бронхообструктивных заболеваний предпочтение следует отдавать оселтамивиру) дополнительно к АБТ могут назначаться оселтамивир внутрь или занамивир ингаляционно.

М.А. Чукина (2020) представила предикторы риска развития и неблагоприятного исхода нозокомиальной пневмонии.

1. Частота развития нозокомиальной пневмонии в условиях многопрофильного стационара в среднем составляет 17,1%, в частности у пациентов онкологического и кардиохирургического профиля в 31,7 и 26,7% случаев соответственно. Факторами риска развития НП являются наличие хронических заболеваний легких и онкологических заболеваний; факторами риска неблагоприятного исхода – онкохирургические заболевания, потребность в установке трахеостомии и в проведении ИВЛ длительностью более 2 дней.

2. Среди возбудителей нозокомиальной пневмонии преобладают грамотрицательные микроорганизмы с множественной лекарственной устойчиво-

стью: карбапенемазапродуцирующие *Acinetobacter baumannii* (31,3%), *Pseudomonas aeruginosa* (20,8%), *Klebsiella pneumoniae* (12,5%), а также *Klebsiella pneumoniae* БЛРС (25,0%).

3. Пациентам кардиохирургического и онкологического профиля с факторами риска, такими как заболевания легких, предикторами неблагоприятного исхода (потребностью в проведении ИВЛ или трахеостомии, введении вазопрессоров) в качестве эмпирической терапии следует назначать комбинированную АБТ, направленную на полирезистентные штаммы *Acinetobacter baumannii* CR, *Pseudomonas aeruginosa* CR, *Klebsiella pneumoniae* ESBL, *Klebsiella pneumoniae*.

4. Пациентам с НИ с высоким риском неблагоприятного прогноза при наличии онкохирургических заболеваний, потребности в трахеостомии и проведении ИВЛ более 48 часов рекомендовано назначение комбинированной АБТ с добавлением к стандартной парентеральной терапии ингаляционное введение амикацина в дозе 500 мг каждые 12 часов в первые сутки терапии.

5. Учитывая высокий профиль безопасности, эффективность и поддержание высокой концентрации амикацина при ингаляционном введении в бронхоальвеолярной жидкости, рассмотреть возможность включения дополнения в инструкцию по применению рекомендаций по ингаляционному назначению пациентам с НИ.

А.А. Белкин и др. (2018) считают, что мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи – один из наиболее сложных, но одновременно и высокочувствительный инструмент в анализе многоэтапной медицинской помощи. Примером такого вида помощи является сосудистая программа, в частности пациентам с ОНМК, эффективность реализации которой заложена в мониторируемых региональных показателях состояния организации системы здравоохранения. Сложность программы в том, что, начиная от этапа неотложной помощи, она охватывает последующий реабилитационный этап и диспансерное наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинического звена. Это означает, что снижение смертности от инсульта может быть достигнуто только при условии качественно оказанной помощи в первичных сосудистых, реабилитационных и поликлинических отделениях. Авторами предложены «*Экспертные признаки качества*

оказания помощи по профилю «*медицинская реабилитация*»:

I. Оценка обоснованности госпитализации.

1. Наличие направления на госпитализацию.
2. Наличие заключения врача отделения медицинской реабилитации специализированного отделения в истории болезни.
3. Наличие протокола ВК при дальнейшей маршрутизации на следующий этап реабилитационного лечения.
4. Наличие протокола телеконсультации для пациентов с индексом 4–6 по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) при выписке с решением о дальнейшей маршрутизации.

II. Оценка соответствия объема лечебно-диагностических мероприятий, проведенных медицинской организацией.

5. Консультация анестезиолога-реаниматолога при госпитализации.
 6. Консультация врача ЛФК с оценкой состояния по стандартизированным шкалам.
 7. Консультация логопеда с оценкой состояния по стандартизированным шкалам.
 8. Консультация клинического психолога с оценкой состояния по стандартизированным шкалам.
 9. Фиброларингоскопия с оценкой функции глотания и подбором текстуры питания.
 10. Суточное наблюдение врача анестезиолога-реаниматолога пациентов с индексом 5 по ШРМ.
 11. Оценка риска ТЭЛА, в том числе УЗИ глубоких вен голени.
 12. Отметки о реабилитационном лечении в реанимационной карте при длительности пребывания в ОРИТ более 24 часов.
 13. Лабораторные данные (по показаниям).
 14. МНО (пациентам, принимающим варфарин).
 15. ЭКГ.
 16. Наличие в истории болезни протокола мультидисциплинарного обхода с формированием целей реабилитации, программы реабилитации (задачи).
 17. Проведение мероприятий по вторичной профилактике ОНМК (по показаниям).
- #### **III. Оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий, проведенных медицинской организацией.**
18. Медицинская реабилитация начата не позднее 48 часов от момента поступления в стационар.

19. Карта мониторинга реабилитационных мероприятий с полностью заполненными графами и указанием результатов предыдущих этапов.

20. Оценка целевой динамики при 2-кратном измерении веса пациента с расчетом ИМТ и дефицита/избытка массы тела.

21. Начата индивидуальная нутритивная поддержка для пациентов с назогастральным зондом/гастростомой не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей коррекцией с указанием в листе назначения.

22. Наличие пролежней при отсутствии их описания в первичном осмотре.

23. ТЭЛА при отсутствии комплекса профилактических мер.

24. Отсутствие отражения динамики состояния пациента в записях совместных обходов/заседаний мультидисциплинарной бригады.

25. Проведение реабилитационных мероприятий в объеме не менее 120 минут ежедневно (в режиме 6-дневной рабочей недели).

26. Соответствие данных о терапии, внесенных в «Карту мониторинга реабилитационных мероприятий» и данных «Листа назначений».

27. Обоснование досрочной выписки или неэффективности реабилитационного лечения.

IV. Ключевые критерии качества:

Достижение не менее двух критериев из нижеперечисленных:

- 1) уменьшение двигательного дефицита (шкала MRC, Ривермид);
- 2) повышение количественного и (или) качественного уровня сознания;
- 3) коррекция нарушений речи, глотания и питания (данные специальных шкал);
- 4) снижение уровня зависимости от посторонней помощи и адаптация к самообслуживанию (индекс ШРМ шкала Бартел, шкала исходов Glasgow).

Авторы предлагают ряд вопросов, которые эксперт качества медицинской помощи, специалист по лечению и реабилитации пациентов с ОНМК, на основании предоставленных чек-листов должен ответить на следующие вопросы:

1. Был ли предотвращен летальный исход? Если да, то в какой медицинской организации были допущены значимые для исхода дефекты?

2. Есть ли нарушения организации медицинской

помощи в определенной медицинской организации и в конкретной клинической ситуации?

3. Правильно ли проведена маршрутизация пациентов на этапах оказания помощи в соответствии с региональным регламентом?

Авторы приводят в качестве иллюстрации протокол МД ЭКМП одного из пациентов.

«Пациентка К.Л.С., 1957 г.р., умерла в первичном сосудистом отделении от повторного ишемического инсульта в бассейне ЛСМА и кардиогенного шока на 3-и сутки на фоне прогрессирующего отека головного мозга и сердечной недостаточности. Первичный инсульт произошел в июле 2017 года, лечение проведено на всех этапах оказания медицинской помощи: ПСО, РСЦ, 2 этапа реабилитации (2-й этап реабилитации проводится также в 2 этапа: 2А этап – ОМР, 2Б этап – ЦМР). Повторный инсульт развивается на 5-е сутки пребывания на 2Б этапе реабилитационного лечения, пациентка госпитализируется в ПСО». Данный случай соответствует критериям выборки, что послужило поводом для назначения МД ЭКМП. На основании изучения ПМД были выявлены дефекты в оказании помощи в ПСО:

1. Не выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST, т.е. не установлен патогенетический подтип ишемического инсульта: код дефекта 4.2. – нарушение оформления медицинской документации.

2. Не выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний): код дефекта 3.2. – создание риска прогрессирования заболевания.

3. Оценка по шкале ШРМ не уменьшилась не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре: код дефекта 3.4.

При анализе качества оказания помощи пациентке К.Л.С. комиссией под руководством специалиста было сделано следующее заключение: «При госпитализации в ПСО не учтены данные анамнеза и данные амбулаторно-поликлинического этапа, что не позволило определить патогенетический вариант инсульта и продолжить вторичную профилактику антикоагулянтами в период нахождения с ПСО.

При нахождении пациентки в отделении медицинской реабилитации на 2А этапе проведение мероприятий по вторичной профилактике ОНМК антикоагулянтами проводилось, но без учета инструкции по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний. На фоне развития побочной реакции на прием антикоагулянтов проводится отмена препарата с переводом на прием антиагрегантов. Прием антикоагулянтов другой группы рекомендуется только при выписке из отделения. Не проводится консультация логопеда у пациентки с клиническими проявлениями дисфагии, дизартрии и моторной афазии, что создало дополнительный риск развития осложнений на этапе реабилитационного лечения. После выписки из отделения медицинской реабилитации пациентка госпитализируется на 2Б этап в ЦМР, где начат подбор рекомендованной антикоагулянтной терапии, но на фоне недостаточного эффекта (МНО 1,38) на 5-е сутки развивается повторный инсульт, пациентка госпитализируется в ПСО, находится в ОРИТ в течение 3 суток, не консультирована в РСЦ до 3 суток. На секции: обширный инфаркт, отек, дислокация стволовых структур, исходы мелкоочаговых инфарктных пневмоний, смешанный обтурирующий тромб искусственного двустворчатого аортального клапана (Операция «СОКБ №1» в 2010 году: протезирование аортального клапана по поводу ревматического комбинированного порока). Резюме: Летальный исход был предотвратим. Фатальная ошибка была допущена в ПСО, где не был диагностирован патогенетический вариант инсульта и не начата патогенетическая терапия антикоагулянтами. Начатая с опозданием вторичная профилактика инсульта на этапе ОМР не была проведена должным образом, что привело к повторному инсульту. При оказании помощи в ПСО была упущена возможность оказания адекватной нейрохирургической помощи в условиях РСЦ. Финансовые санкции должны быть применены по отношению к ПСО, где оказывалась помощь при первичном инсульте. Рекомендовано усилить методический контроль в ОМР за правильностью назначения антикоагулянтной терапии».

Целенаправленный мониторинг и прецизионная экспертиза качества помощи при ОНМК способствует выявлению системных ошибок в организации

специализированной помощи и локальных технологических дефектов, связанных с недостатком подготовки персонала или низким уровнем оснащенности ЛПУ. Это позволит органам управления здравоохранения совершенствовать механизмы контроля и управления качеством оказываемой в регионе специализированной помощи. Используемый авторами подход к созданию инструмента экспертного контроля в виде детализированных чек-листов, разработанных специалистами по профилю оказываемых при ОНМК видов помощи, обеспечил возможность проведения медико-экономической экспертизы экспертами СМО без специальной подготовки по неврологии. Это демонстрирует универсальность подхода и перспективы его экстраполирования на другие многокомпонентные виды специализированной помощи. Принципиальным моментом экспертизы является использование в процессе формирования единых требований к организации лечебно-диагностического и реабилитационного процессов, единых универсальных и специальных воспроизводимых инструментов в виде шкал и метрик, адекватно примененных на всех этапах медицинской помощи.

Авторы сделали вывод: мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи – эффективный инструмент анализа эффективности организации медицинской помощи как системно, так и в разрезе отдельных технологий, в частности диагностики и медицинской реабилитации, включающей мероприятия по вторичной и третичной (предупреждение инвалидности) профилактике.

Таким образом, авторы-эксперты МД выявили дефект оказания медпомощи в ПСО – невыполнение определения патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST, но квалифицировали его по коду дефекта 4.2 как нарушение оформления медицинской документации. Это вызывает вопрос: если не установлен патогенетический подтип ишемического инсульта, значит, не было выполнено соответствующее типу лечение и не выявлены причины, что никак не может быть только дефектом оформления меддокументации, т.к. неустановление патогенетического подтипа влечет невыявление его причин и невыполнение необходимого лечения, что создает риск прогрессирования заболевания – код дефекта 3.2.3.

Таким образом, возникшие в процессе оказания

медицинской помощи новые патологические состояния и нозологические единицы должны быть расценены в процессе экспертизы качества медпомощи в соответствии с п. 21 части 2 Закона РФ № 323-ФЗ как ятрогения и ненадлежащее качество медпомощи по характеристике «степень достижения запланированного результата»:

- острый коронарный синдром, острая сердечная недостаточность;
- нарушения ритма сердца;
- пневмония, ассоциированная с инсультом, – внутрибольничная, НП;
- катетерный сепсис, флегмоны, абсцессы;
- гемопневмоторакс;
- тромбоэмболические состояния;
- инфекция мочевыводящих путей.

Приказом Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н утверждены медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: «6.1. Вред здоровью, опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния (далее – вред здоровью, опасный для жизни человека).

Вред здоровью, опасный для жизни человека, создающий непосредственно угрозу для жизни:

6.1.10. закрытое повреждение органов грудной полости: сердца или легкого, или бронхов, или грудного отдела трахеи; травматический гемоперикард или пневмоторакс, или гемоторакс, или гемопневмоторакс;

6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее – угрожающее жизни состояние):

6.2.1. шок тяжелой (III–IV) степени;

6.2.2. кома II–III степени различной этиологии;

6.2.3. острая, обильная или массивная кровопотери;

6.2.4. острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;

6.2.5. острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз;

6.2.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

6.2.7. гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона;

6.2.8. расстройство регионарного и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, или тромбоэмболии) сосудов головного мозга или легких.

25. Ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью».

Приказом МЗ РФ от 27.05.1997 № 170 и МКБ 10-го пересмотра отнесено к нанесению вреда здоровью пациента при выполнении терапевтической процедуры (Y60–Y69):

«Y63.6. Нанесение вреда здоровью неприменением необходимого лекарственного средства, медикамента или биологического вещества»;

«Y66. Непредоставление хирургической и терапевтической помощи»;

«Y63.8. Ошибочность дозировки во время других терапевтических процедур»;

«Y65.5. Выполнение операции, не соответствующей показаниям»;

«Y60.0. Случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении хирургической операции».

П.А. Мачинским и соавт. (2019) были выделены следующие наиболее важные морфологические критерии посмертной диагностики острых нарушений мозгового кровообращения, позволяющие дифференцировать различные подтипы геморрагических и ишемических инсультов головного мозга от других нозологий, которые также сопровождаются ОНМК. К цереброваскулярным заболеваниям при геморрагическом инсульте относятся: субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния, другие случаи нетравматических геморрагических инсультов, когда их образование обусловлено следующими причинами:

- Разрывом артериовенозных мальформаций, врожденных аневризм или приобретенных атеросклеротических аневризм церебральных артерий. Все остальные случаи разрывов аневризм церебральных артерий или вен мозга (например, при васкулитах, посттравматических аневризмах и др.) с образованием внутримозговых кровоизлияний и/или

субарахноидальных кровоизлияний следует расценивать как осложнения других нозологий, не относящихся к цереброваскулярным заболеваниям.

- Если в качестве фонового заболевания выступает гипертоническая болезнь (первичная или эссенциальная артериальная гипертензия) или симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия, которую бывает сложно дифференцировать с гипертонической болезнью. Например, при симптоматической артериальной гипертензии почечного характера, когда ОНМК развиваются на фоне хронического пиелонефрита, протекающего без выраженных явлений уремии (хронической почечной недостаточности тяжелой степени).
- Если в качестве фонового заболевания выступает сахарный диабет (как самостоятельное заболевание или в составе метаболического синдрома) с проявлениями артериальной гипертензии и геморрагического инсульта, но без выраженных явлений уремии, связанных с диабетической нефропатией.
- При исключении всех других возможных заболеваний (кроме цереброваскулярных болезней), способных вызвать геморрагический инсульт.

К цереброваскулярным болезням при ишемическом инсульте относятся инфаркты головного мозга в следующих случаях:

- При атеротромботическом ишемическом инсульте – если четко доказана гипертоническая (наличие деструктивно-репаративных изменений сосудов головного мозга с сужением или облитерацией их просвета на фоне артериальной гипертензии и др.) или атеросклеротическая (наличие атеростеноза, атеротомбоза, артерио-артериальной тромбоэмболии) природа поражения прецеребральных или церебральных артерий.
- При ишемическом инсульте гемодинамического подтипа – когда имеется поражение прецеребральных и церебральных артерий в виде тандемного (эшелонированного) атеростеноза, которое на фоне сердечно-сосудистой недостаточности с тенденцией к снижению артериального давления (в том числе на фоне фибрилляции предсердий) приводит к нару-

шению циркуляции крови по сосудам головного мозга в зонах смежного кровоснабжения по механизму «последнего луга». Нужно исключить все варианты ишемического инсульта кардиоэмболического подтипа (в том числе при фибрилляции предсердий), а также такие разновидности гемодинамических инфарктов головного мозга, механизм образования которых обусловлен не последствиями поражения прецеребральных и церебральных артерий на фоне атеросклероза и артериальной гипертензии, а связан с совершенно другими причинами. К этим причинам относятся кардиомиопатия, инфаркт миокарда, обильная кровопотеря, обмороки, а также многие другие заболевания и состояния, которые сопровождаются уменьшением сердечного выброса, объема циркулирующей крови или падением тонуса сосудов.

- Случаи ишемического инсульта атеротромботического и гемодинамического подтипов – когда в качестве фонового заболевания выступает сахарный диабет 2-го типа, в том числе в составе метаболического синдрома, поскольку патогенез сахарного диабета и метаболического синдрома тесно связан с атеросклеротическим поражением прецеребральных и церебральных артерий (например, с тандемным атеросклерозом).
- При кардиоэмболическом ишемическом инсульте – когда обычно нет тандемного атеросклероза и доказано, что источником тромбоэмболии церебральных артерий является именно полость левого предсердия или его ушко, в которых образовался тромб при различных типах фибрилляции предсердий (мерцательной аритмии). Должна быть исключена любая другая природа эмболов (жировая, воздушная, тканевая) и причина эмболий (в том числе образующихся по механизму артерио-артериальных тромбоэмболий из аневризм прецеребральных и церебральных артерий).
- При лакунарном ишемическом инсульте – если доказано, что образование ишемических очагов (в виде только малых глубинных инфарктов мозга или в сочетании с малыми поверхностными инфарктами) обусловлено

поражением мелких сосудов головного мозга в результате артериальной гипертензии или атеросклероза. Не исключается также возможность образования малых глубинных инфарктов и малых поверхностных инфарктов головного мозга (изолировано или чаще в сочетании с ишемическими очагами более крупных размеров) при атеротромботическом или кардиоэмболическом подтипах ишемического инсульта путем артерио-артериальной эмболии из прецеребральных и церебральных артерий, а также путем эмболии из полости сердца. Дифференциальная диагностика этих разновидностей лакунарных ишемических инсультов находится на стадии разработки.

- При инфарктах другой известной этиологии – диагноз цереброваскулярных болезней выставляется только в виде исключения, когда доказана конкретная причина ОНМК по ишемическому типу (например, нетравматическая диссекция сосудов головного мозга, непигментный тромбоз вен головного мозга и синусов твердой мозговой оболочки и др.).
- При ишемическом инсульте неуточненного патогенетического подтипа – если имеются две причины и более для развития ОНМК по ишемическому типу (например, фибрилляция предсердий и атеросклеротическое поражение прецеребральных и/или церебральных артерий), а также исключены все другие нозологические единицы (кроме цереброваскулярных болезней), способные вызвать ишемический инсульт.
- При исключении всех других возможных заболеваний (кроме цереброваскулярных болезней), способных вызвать ишемический инсульт.

Таким образом, вышеизложенные авторами морфологические критерии геморрагических и ишемических инсультов при цереброваскулярных болезнях могут быть использованы для их дифференциальной диагностики с другими нозологиями, которые также сопровождаются ОНМК.

Клиническими рекомендациями «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (Всероссийское общество неврологов; Национальная ассоциация по борьбе с инсультом; Ассоциация нейрохирургов России; МОО «Объедине-

ние нейроанестезиологов и нейрореаниматологов»; Союз реабилитологов России, 2020) предусмотрены меры по профилактике, ранней диагностике и лечению осложнений ОНМК, которые подлежат оценке в рамках ЭКМП, и при их невыполнении требующих признания качества оказанной медицинской помощи ненадлежащим:

«Отсроченная летальность связана с ассоциированными осложнениями в виде пневмонии, острой сердечной недостаточности, инфекционными осложнениями и пр.

2.2. Физикальное обследование

Рекомендуется всем пациентам с предположительным диагнозом «ТИА и ишемический инсульт» обязательно проводить исходную оценку дыхания и функции легких, определение ранних признаков дисфагии (предпочтительно с использованием теста оценки глотания), физикальное обследование сердечно-сосудистой системы.

Рекомендуется всем пациентам с предположительным диагнозом «ТИА и ишемический инсульт» проводить исходную оценку функции глотания для выявления ранних признаков дисфагии.

Комментарии: Исходную оценку функции глотания предпочтительно проводить с использованием теста оценки глотания.

Комментарии: Тест на дисфагию («трехложечная проба» с использованием пульсоксиметра) следует проводить в течение первых 24 часов пребывания пациента в отделении. Наличие дисфагии в 3–11 раз увеличивает риск аспирационной пневмонии и риск внезапной смерти. При невозможности тестирования функции глотания или выявления дисфагии показана установка назогастрального зонда для осуществления нутритивной поддержки.

Рекомендуется обратить особое внимание на симптомы и признаки, которые могут прогнозировать острый инфаркт миокарда, кровотечение, повторный инсульт, гипертонические кризы, аспирационную пневмонию, сердечную и почечную недостаточность.

3.1.1. Базисная терапия

Под базисной терапией подразумеваются основные терапевтические стратегии, направленные на стабилизацию состояния тяжелобольных пациентов и коррекцию тех нарушений, которые могут осложнить восстановление неврологических функций. Базисная терапия включает поддержание функций дыхания и

кровообращения, коррекцию метаболических и волевых нарушений, контроль уровня артериального давления, профилактику и лечение таких состояний, как судороги, венозные тромбозы, дисфагия, аспирационные пневмонии и другие инфекционные осложнения, коррекцию повышенного внутричерепного давления.

Рекомендуется проведение мониторинга неврологического статуса, частоты сердечных сокращений, артериального давления, температуры тела и сатурации кислородом в течение 24–72 часов у пациентов с сохраняющейся общемозговой и очаговой неврологической симптоматикой.

Комментарии: Общепринятой практикой является активный мониторинг неврологического статуса и таких жизненно важных показателей, как артериальное давление, пульс, уровень глюкозы и температура тела. Для оценки неврологического статуса могут быть использованы такие общепризнанные неврологические шкалы, как Шкала Инсульта, NIH. Исходя из рандомизированных клинических испытаний, не существует прямых указаний, с какой частотой должен выполняться мониторинг показателей. Однако в исследованиях, касающихся организации отделений для лечения острых нарушений мозгового кровообращения, практиковалось наблюдение и обследование как минимум каждые 4 часа в течение первых 72 часов от начала заболевания.

3.1.1.6. Питание

Рекомендуется проведение скрининга дисфагии перед кормлением с целью идентификации пациентов с повышенным риском аспирации.

Комментарий: скрининг дисфагии должен проводиться логопед.

Рекомендуется начинать энтеральное питание при церебральном инсульте в течение 7 дней.

Комментарии: Расчет объема и состава питания рекомендуется проводить с участием врача-диетолога, нутрициолога либо другого специалиста, прошедших подготовку по искусственному питанию пациентов в критических состояниях. Необходимо обеспечивать ежедневную дефекацию с применением стимулирующих средств и приемов механического опорожнения кишечника.

Рекомендуется устанавливать назогастральные зонды при дисфагии в острой фазе инсульта (в течение первых 7 дней) для кормления, а у пациентов с ожидаемой длительной дисфагией (> 2–3 нед.) – чрескожную гастростомию.

Рекомендуется ввести протокол гигиены полости рта для снижения риска развития пневмонии после инсульта.

3.1.1.7. Профилактика тромбоза глубоких вен

Рекомендуется перемежающаяся пневматическая компрессия в дополнение к стандартной терапии (ацетилсалициловая кислота и гидратация) для неподвижных пациентов с ишемическим инсультом.

Комментарии: Метод не рекомендуется к использованию у пациентов с открытыми ранами на ногах и должен применяться с осторожностью у пациентов с уже существующим тромбозом глубоких вен, сердечной недостаточностью, тяжелыми заболеваниями периферических сосудов или спутанным сознанием, когда попытки встать могут привести к падению и травме.

Рекомендуется профилактическая антикоагуляция нефракционированным гепарином (5 000 единиц п/к 2 или 3 раза в день) или низкомолекулярным гепарином, или гепариноидом для неподвижных пациентов с ишемическим инсультом, у которых преимущества снижения риска венозной тромбоземболии достаточно высоки, чтобы компенсировать повышенный риск внутричерепных и внемозговых кровотечений, связанных с их использованием.

Рекомендуется рассмотреть низкомолекулярный гепарин или гепариноид вместо нефракционированного гепарина из-за большего снижения риска тромбоза глубоких вен, большего удобства, снижения затрат на персонал и комфорта пациента, связанных с однократной суточной дозой, по сравнению с многократными ежедневными инъекциями, если было принято решение о том, что показана профилактическая антикоагуляция.

Комментарии: Преимущества низкомолекулярного гепарина и гепариноида должны быть сопоставлены с более высоким риском экстракраниального кровотечения, более высокими затратами на лекарства и рисками у пожилых пациентов с плохой функцией почек.

4.1. Первый (I) этап организации медицинской реабилитационной помощи

Рекомендуется в течение острейшего периода ишемического инсульта (1–5-е сутки ИИ) менять не реже, чем каждые 2 часа положение конечностей и туловища пациентов по отношению к горизонтальной плоскости в зависимости от статуса вертикализации пациентов.

Комментарий: Позиционирование может проводиться с 1-х суток пребывания пациента в ОРИТ с перерывами на сон. Позиционирование используется для гравитационной стимуляции перераспределением жидкости при подъеме головного конца.

Головной конец всегда должен быть приподнят не ниже 30°. Последовательное изменение положения тела пациента осуществляется на 3-секционной кровати с формированием позы в соответствии со статусом вертикализации (поднятый головной конец, опущенный ножной конец) с 1-х суток постоянно. В ходе процедур производится непрерывный мультимодальный мониторинг с целью раннего выявления симптомов, ограничивающих или останавливающих дальнейшее проведение мобилизации.

Рекомендуется начинать активную или пассивную мобилизацию, а также мышечную тренировку так рано, как только это позволит клиническое состояние пациента.

Рекомендуется при отсутствии противопоказаний начинать вертикализацию пациентов со 2-х суток пребывания в ОРИТ с целью раннего выявления симптомов, ограничивающих или останавливающих дальнейшее проведение мобилизации пациентов.

Комментарий: Этот раздел мобилизации занимает особое место в ранней реабилитации, так как существенно уменьшает отрицательные эффекты постельного режима и готовит пациента к скорейшему переводу из ОРИТ в другое отделение. Вертикализация представляет собой увеличение угла подъема головного конца с последующим опусканием ножного конца. Увеличение гравитационного градиента (ГГ) происходит в среднем через 15 минут при отсутствии симптомов, ограничивающих или останавливающих дальнейшее проведение мобилизации. При достижении 90° возможен переход на уровень пассивного пересаживания в кресло. Положение сидя помогает поддерживать центральную и периферическую перфузию, приемлемый уровень сатурации крови, предотвращать развитие пневмонии, улучшает мышечный метаболизм, препятствует венозному стазу и тромбозу глубоких вен голени».

Таким образом, к дефектам оказания медицинской помощи больным с ОНМК в рамках ЭКМП относят:

1) создание риска возникновения нового заболевания у пациентов с ОНМК (ОКС, ОЧН, внутриболь-

ничная пневмония, инфекции мочевыводящих путей, катетер-ассоциированная инфекция, тромбоэмболические состояния) по критериям качества медпомощи в соответствии с п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – несвоевременное выполнение и/или неправильный выбор методов диагностики и лечения;

- 2) возникновение факта нового заболевания (ятрогении) у пациента с ОНМК (ОКС, ОЧН, внутрибольничная пневмония, инфекции мочевыводящих путей, катетер-ассоциированная инфекция, тромбоэмболические состояния) по критериям качества медпомощи в соответствии с п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – несвоевременное выполнение и/или неправильный выбор методов диагностики и лечения и недостижение запланированного результата;
- 3) создание риска прогрессирования возникшего осложнения или нового заболевания у пациентов с ОНМК несвоевременной диагностикой первых признаков осложнения или нового заболевания, приводящей к несвоевременному началу лечения данного осложнения, переводу в отделение интенсивной терапии, оказанию медпомощи не в полном объеме, по критериям качества медпомощи в соответствии с п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – несвоевременное выполнение и/или неправильный выбор методов диагностики и лечения;
- 4) создание риска прогрессирования возникшего осложнения или нового заболевания у пациентов с ОНМК неправильным выбором методов диагностики, что приводит к позднему выявлению осложнения и позднему началу его лечения, по критерию качества медпомощи в соответствии с п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – неправильный выбор методов диагностики и лечения;
- 5) создание риска возникновения осложнения или нового заболевания у пациентов с ОНМК отсутствием прогнозирования возможных осложнений и новых заболеваний, что приводит к отсутствию их профилактики, несвоевременной диагностике начальных признаков осложнения и несвоевременному оказанию медпомощи по их поводу, следовательно, прогрессированию этих осложнений и новых заболеваний, по критериям качества медпомощи в соответствии с п. 21 ст. 2 Закона

РФ № 323-ФЗ – несвоевременное выполнение и/или неправильный выбор методов диагностики и лечения и недостижение запланированного результата.

Литература

1. Агафонов К.И., Трясунова М.А., Алёшина Е.Н. и др. Особенности течения острого периода ишемического инсульта, осложненного нозокомиальной инфекцией // *Вестник современной клинической медицины*. – 2016. – Т. 9, № 6. – С. 16–20.
2. Белкин А.А., Иванова Г.Е., Алашеев А.М., Пинчук Е.А., Шелякин В.А. Первый опыт мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на этапах интенсивной терапии и реабилитации // *Вестник восстановительной медицины*. – 2018. – № 2. – С. 13–20.
3. Белкин А.А. Синдром последствий интенсивной терапии (ПИТ-синдром) // *Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова*. – 2018. – № 2. – С. 12–23.
4. Биденко М.А., Шпрах В.В. Структура инсульта и оценка качества оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Иркутске по данным госпитального регистра // *Бюллетень ВСНЦ СО РАН*. – 2012. – № 6 (88). – С. 109–112.
5. Виленский Б.С. Соматические осложнения инсульта // *Неврологический журнал*. – 2003. – № 3. – С. 4–10.
6. Герасимова М.А. Вклад пневмонии в увеличение смертности от инсультов и их последствий (обзор литературы) // *Медицинская экология*. – 2020. – № 2. – С. 51–57.
7. Гусаров В.Г., Замятин М.Н., Теплых Б.А., Бардаков В.Г., Пихута Д.А., Бронов О.Ю. Диагностика и факторы риска нозокомиальной пневмонии у больных тяжелым инсультом // *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. – 2012. – Т. 7, № 2. – С. 63–69.
8. Зверьков А.В., Зузова А.П. Особенности профилактики нозокомиальной пневмонии у пациентов с инсультом // *Клин. Микробиол. Антимикроб. Химиотер.* – 2013. – Т. 15, № 2. – С. 95–103.
9. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 352 с.
10. Крылов В.В., Царенко С.В., Петриков С.С. Диагностика, профилактика и лечение госпитальной пневмонии у больных с внутричерепными кровоизлияниями, находящихся в критическом состоянии // *Нейрохирургия*. – 2003. – № 4. – С. 45–48.
11. Кутлубаев М.А. Инфекционно-воспалительные осложнения церебрального инсульта // *Клиническая медицина*. – 2014. – № 1. – С. 66–72.
12. Кутлубаев М.А., Ахмадеева Л.Р. Делирий в остром периоде церебрального инсульта // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2012. – № 8. – С. 100–105.
13. Мачинский П.А., Плотникова Н.А., Ульянов В.Е., Альмяшева Р.А. Основные морфологические критерии посмертной диагностики цереброваскулярных заболеваний // *Клинические, патологоанатомические и юридические аспекты ятрогений, врачебных ошибок и расхождений диагнозов: сборник трудов XI Пленума Российского общества патологоанатомов, 31 мая – 1 июня 2019, г. Самара / РОП, ФГБНУ НИИ Морфологии человека, ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России*. – Самара, 2019. – С. 66–71.
14. Мерхольц Я. Ранняя реабилитация после инсульта. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 248 с.
15. Одицова Д.В., Малявин А.Г., Зайратьянц О.В. Предикторы развития пневмонии у пациентов с острыми сосудистыми катастрофами // *Архив внутренней медицины*. – 2017. – Т. 7, № 1. – С. 55–59.
16. Одицова Д.В. Роль пневмонии в танатогенезе у пациентов с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2018. – 23 с.
17. Осложнения и последствия инсультов. Диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функции. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 254 с.
18. Пирадов М.А., Рябинкина Ю.В., Гнедовская Е.В. Пневмония у больных с тяжелым инсультом // *Русский медицинский журнал*. – 2008. – № 16. – С. 1718–1721.
19. Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танашян М.М. Инсульт: пошаговая инструкция. Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 288 с.
20. Современные аспекты кардиореабилитации. – М.: НИССХ им. А.Н. Бакулева. – 2015. – 254 с.
21. Чукина М.А. Предикторы риска развития и неблагоприятного исхода нозокомиальной пневмонии. Клиническая и микробиологическая эффективность амикацина при ингаляционном введении: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – М., 2020. – 23 с.
22. Чучалин А.Г., Арутюнов Г.П., Синопальников А.И., Авдеев С.Н. и др. Согласованная позиция экспертов по лечению пневмонии у пациентов с декомпенсацией кровообращения // *Журнал Сердечная Недостаточность*. – 2016. – Т. 17, № 3. – С. 212–228.