

Особенности оказания медицинской помощи больным с инсультом в условиях закрытого территориального образования на госпитальном этапе

Алифирова В.М.¹, Кабанова Е.В.², Антухова О.М.², Бразовская Н.Г.

Special features of care of stroke patients in a closed territorial formation on hospital period

Alifirova V.M., Kabanova Ye.V., Antukhova O.M., Brazovskaya N.G.

¹ Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

² ФГУЗ «Клиническая больница № 81 ФМБА России», г. Северск

© Алифирова В.М., Кабанова Е.В., Антухова О.М.

В течение 3 лет методом госпитального регистра инсульта изучено 1 168 случаев острого инсульта. Компьютерная томография проведена в 93,9%, аутопсия — в 2,4% случаев. Во всех возрастных группах преобладали ишемические инсульты. Летальность составила 25,5%, 24% больных нуждаются в посторонней помощи.

Ключевые слова: инсульт, летальность, госпитальный регистр.

1168 cases of acute stroke were investigated with the method of Hospital Stroke Register. Computer-based tomography was performed in 93,9% cases, autopsy — in 2,4% cases. Ischemic stroke prevailed in all the age groups. Mortality rate was 25,5%, 24% stroke patients are needed in help.

Key words: stroke, mortality, hospital register.

УДК 616.831-005.1-082.4

Введение

Всемирная организация здравоохранения объявила инсульт глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. Расходы на проблему инсульта огромны, в развитых странах они составляют до 4—6% бюджета здравоохранения, к труду способны вернуться не более 15% больных, остальные остаются инвалидами, требующими социальной поддержки [7]. Вследствие инсульта резко ухудшается качество жизни семьи заболевшего. Лидером по уровню заболеваемости, смертности и инвалидизации после инсульта является Россия [3].

Исследования, проведенные в странах Европы и Америки, показали, что в борьбе с таким тяжелым заболеванием, как инсульт, можно добиться успеха при системном и всестороннем использовании последних достижений в области диагностики, профилактики, лечения заболевания и реабилитации таких пациентов. Метаанализ, проведенный по результатам

Stroke Unit Trialists' Collaboration, показывает тесную связь между качеством оказания медицинской помощи больным инсультом и показателями смертности и инвалидизации [9]. В Европе существуют различные типы инсультных палат, но общим для них является мультидисциплинарный подход к лечению больных [5]. За последние 10 лет в США и странах Европы наблюдается увеличение доли пациентов, получающих лечение в специализированных инсультных отделениях. Наиболее высок этот показатель в Швеции и Финляндии. В Великобритании, например, в 1996 г. только 18% от общего числа больных получали лечение в стационаре, а к 2006 г. доля таких пациентов выросла до 65%. За 4 года количество специализированных инсультных отделений увеличилось на треть, и к 2004 г. 95% больниц Англии имели в своем составе такие отделения [6]. Это произошло благодаря принятию мер по борьбе с инсультом на государственном уровне.

Тем не менее даже в развитых странах существуют различия в доступности современного лечения в острейший период инсульта. Исследование, проведенное в Европе в 2006 г. по инициативе Европейской инициативной группы по инсульту, показало, что из 886 медицинских центров, обеспечивающих госпитализацию приблизительно 30% всех больных с инсультом на территории стран-участниц (страны Евросоюза (за исключением Мальты и Кипра), Швейцария и Норвегия), только 4,9% больниц имели возможности для всеобъемлющей помощи больным (включая нейрохирургическое и эндоваскулярное лечение), 3,6% соответствовали критериям первичных инсультных центров, 40,1% имели различные виды палат для лечения инсультных больных рутинными методами, в 51,4% больниц не обеспечивался достаточный уровень помощи. Количество больных также распределялось соответственно 8,3; 5,2; 44,1 и 42,3%. По результатам исследования был сделан вывод о том, что имеется значительная разница между основанными на доказательствах рекомендациями по оптимальному лечению и реабилитации после инсульта и их внедрением в клиническую практику [8].

В Российской Федерации организация сосудистых отделений в рамках реализации комплекса мероприятий по профилактике, диагностике и лечению больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, должна способствовать снижению социального бремени инсульта. В разных регионах России, по данным национального регистра, лечение в условиях стационара получают от 38,5 до 81,1% больных, при этом отмечено, что в популяциях с максимальной летальностью имеется наименьший процент госпитализации больных [2]. В то же время отделения, отвечающие современным требованиям оказания помощи при инсульте, к настоящему времени еще немногочисленны.

В этих условиях важное значение приобретает сбор данных для учета и мониторинга средств оказания медицинской помощи больным с инсультом на основе стандартизованного подхода. Госпитальный регистр позволяет получить сведения о медицинских и социальных последствиях инсульта, состоянии системы оказания медицинской помощи в данном регионе, потребности в реабилитационных мероприятиях [3].

Цель исследования — изучение особенностей оказания медицинской помощи больным с мозговым инсультом (МИ) на госпитальном этапе в системе Федерального медико-биологического агентства на примере ЗАТО Северск Томской области.

Материал и методы

Исследование проводилось в течение трех календарных лет на базе неврологического отделения клинической больницы № 81 (г. Северск) при методической поддержке НИИ инсульта Российского государственного медицинского университета (РГМУ) (г. Москва). Применялась текущая регистрация случаев МИ на основании рекомендаций программы «Госпитальный регистр инсульта» [3].

Система оказания медицинской помощи больным с МИ в г. Северске предусматривает госпитализацию всех больных в остром периоде заболевания (0—27 сут) в неврологическое отделение, входящее в состав многопрофильной больницы, работающей в режиме оказания неотложной помощи круглосуточно и круглогодично и располагающей рентгеновским компьютерным томографом Somatom AR.NP фирмы Siemens (Германия). Численность прикрепленного населения составляет около 107 тыс. человек, из них лица в возрасте 60 лет и старше — 21,3%. Особенностью г. Северска является компактное расположение, отсутствие препятствий на дорогах, что позволяет доставлять пациента в стационар в течение 15 мин с самого отдаленного адреса.

Использовались данные опроса и осмотра пациента, сведения, полученные от родственников и свидетелей, госпитальные истории болезни, карты амбулаторного больного, карты вызовов скорой помощи, журналы госпитализации и выписки, журналы и протоколы патолого-анатомических исследований. Критерием включения в исследование являлся диагноз инсульта, соответствующий международным стандартам [4]. Сведения вносили в электронную базу данных, предоставленную НИИ инсульта РГМУ. На каждый случай МИ заполняли тематическую карту по 174 позициям.

Характер инсульта уточняли при компьютерной томографии (КТ) или аутопсии и классифицировали в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра. Не включали в исследование больных транзиторными ишемическими атаками и вторичными

инсультами вследствие травм, опухолей, полицитемии. Диагноз базировался на следующих критериях:

1) субарахноидальное кровоизлияние (САК) (I 60) — наличие крови в цереброспинальной жидкости и (или) в субарахноидальном пространстве при КТ или аутопсии (в случае летального исхода);

2) внутримозговое кровоизлияние (ВМК) (I 61) — наличие геморрагического очага в ткани мозга при КТ и (или) аутопсии;

3) инфаркт мозга (I 63) — наличие клинической картины МИ при отсутствии признаков кровоизлияния, наличие ишемического очага при КТ и (или) аутопсии, отсутствие очагов при КТ не исключало данный диагноз;

4) недифференцированный инсульт (I 64) — наличие клинических признаков инсульта при отсутствии нейровизуализации.

Исход инсульта оценивали на 28-е сут от начала заболевания при осмотре больного или телефонном опросе его или его родственников. В случае возникновения в течение этого периода повторного инсульта, он рассматривался как продолжение первичной атаки. Если новый эпизод возникал по окончании указанного периода, то он рассматривался как повторный инсульт и регистрировался как новый случай. Случай считали смертельным, если больной умирал в течение 0—27 сут. Все другие случаи определяли как несмертельные. Специального лечения в период наблюдения не назначалось, все больные получали лечение по общепринятым схемам.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 11.5 for Windows. Проверка на нормальность распределения количественных данных выполнялась по критерию Шапиро—Уилки. Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием описательных статистик: среднего значения M и стандартного отклонения σ для нормально распределенных данных; медианы Me и интерквартильного размаха (в виде 25-го и 75-го перцентилей, $Q_1—Q_3$) для данных, не соответствующих нормальному закону распределения. Для каждой изученной переменной определялась абсолютная и относительная частота (распространенность), выраженная в процентах, и 95%-й доверительный интервал (ДИ). С целью определения взаимосвязи между качественными переменными проводили анализ таблиц сопряженности с использованием

критерия согласия χ^2 Пирсона (при объеме выборки более 50 и частотах более 5) или (при невыполнении этих требований) точного критерия Фишера.

Для анализа нормально распределенных количественных признаков при сравнении двух независимых выборок применяли t -критерий Стьюдента, при сравнении трех и более выборок — дисперсионный анализ. При достоверности межгрупповых различий проводили попарные сравнения с использованием t -критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони на множественные сравнения.

Для анализа количественных признаков, не подчиняющихся нормальному закону распределения, при сравнении двух независимых выборок применяли критерий Манна—Уитни, при сравнении трех и более выборок — H -критерий Краскала—Уоллиса. При достоверности межгрупповых различий проводили попарные сравнения с использованием критерия Манна—Уитни с поправкой Бонферрони на множественные сравнения. Критический уровень значимости p при проверке статистических гипотез в исследовании принимался равным 0,05 [1].

Результаты и обсуждение

Зарегистрировано 1 168 случаев МИ у больных от 15 до 93 лет (средний возраст $(68,0 \pm 11,0)$ года), из них мужчины составили 51,5% (средний возраст $(65,30 \pm 10,53)$ года), женщины — 48,5% (средний возраст $(70,80 \pm 10,83)$ года). Статистический анализ показал, что группы больных в первый, второй и третий годы исследования были сопоставимы по возрасту и полу ($F_1 = 0,02$, $p_1 = 0,98$; $F_2 = 0,82$, $p_2 = 0,44$; $F_3 = 1,05$, $p_3 = 0,35$). Аналогичная закономерность распространялась на подгруппы мужчин и женщин: между возрастными подгруппами не наблюдалось статистически значимых различий в течение 3 лет наблюдения. Большинство больных (более 65%) находились в возрасте 65 лет и старше, еще 20,4% — в возрасте 55—64 лет (рис. 1). Таким образом, лица старше 55 лет составили подавляющее большинство среди наблюдаемой группы.

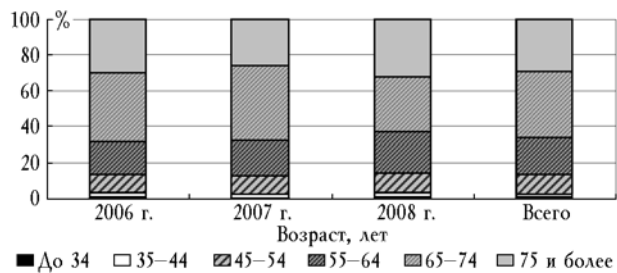


Рис. 1. Распределение больных по возрастным группам

В структуре МИ в наблюдаемой группе преобладали ишемические инсульты (ИИ), составившие 80,9%, что характерно для российской популяции (рис. 2). В группу недифференцированного инсульта (НИ) отнесены случаи, когда КТ головного мозга не проведена в силу различных причин (неисправность томографа, смерть больного до проведения нейровизуализации, масса тела больного более 120 кг).

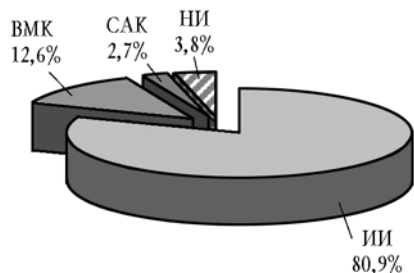


Рис. 2. Структура инсультов в ЗАТО Северск

Диагноз верифицирован при КТ в 93,9%, при аутопсии в 2,4% случаев. В течение трех лет наблюдения структура инсультов оставалась практически идентичной, между подгруппами не было статистически значимых различий ($\chi^2 = 4,962$, $p = 0,55$). Повторные инсульты составили 23,7%.

Во всех возрастных группах также преобладали ишемические инсульты (рис. 3). Возрастные группы до 25 лет (2 больных с ВМК) и 25—34 года (4 больных с ИИ) являются малочисленными, вследствие чего не могут приниматься во внимание. В остальных возрастных группах относительная частота ИИ значительно выше, чем частота геморрагических форм.

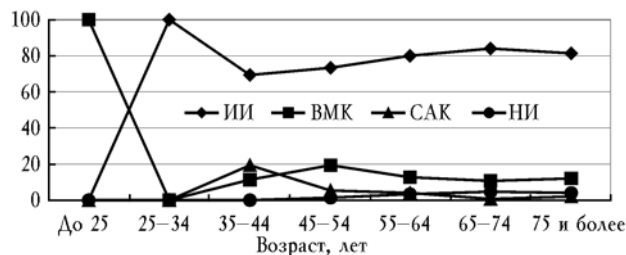


Рис. 3. Относительная частота отдельных типов инсульта в зависимости от возраста (на 100 больных)

Гипертоническая болезнь является ведущим фактором риска и зарегистрирована у 94,1% больных, при этом она встречалась с сопоставимой частотой в группах выживших и умерших пациентов независимо от типа инсульта. Сахарный диабет наблюдался у 17,0% больных и ассоциировался с более частым смертельным исходом (выжившие — 15,1%, умершие — 22,5%; $\chi^2 = 8,557$, $p = 0,003$). Фибрилляция предсердий зафиксирована у 21,5% пациентов и также влияла на частоту развития смертельного исхода (выжившие — 17,4%, умершие — 33,2%; $\chi^2 = 32,762$, $p < 0,001$). Заболевания сердца, в первую очередь ишемическая болезнь (без фибрилляции предсердий), встречались в 4,7%, при этом почти в 5 раз чаще в группе умерших больных (выжившие — 2,2%, умершие — 11,7%; $\chi^2 = 45,340$, $p < 0,001$). Курение зарегистрировано у 22,8%, гиперхолестеринемия — у 38,0% пациентов, при этом влияния на частоту развития смертельного исхода не установлено.

Исследование показателей госпитальной летальности (процентное отношение числа лиц, умерших в стационаре, к общему количеству госпитализированных при определенном типе инсульта) с расчетом 95%-го ДИ показало, что статистически значимых различий указанных показателей в зависимости от года исследования нет (таблица). При этом показатели летальности при ВМК и САК выше, чем при ИИ, в любой год исследования, различия между подгруппами статистически значимые. Показатель летальности при НИ должен рассматриваться в том контексте, что данная группа гетерогенная, при повышении уровня верификации диагноза данная группа уменьшается за счет перераспределения числа инсультов в пользу уточненных форм.

Показатели госпитальной летальности в зависимости от типа инсульта в 2006—2008 гг., %

Тип инсульта	2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	Леталь-	95%-й	Леталь-	95%-й	Леталь-	95%-й
ИИ						
ВМК						
САК						
НИ						

та	нось	ДИ	нось	ДИ	нось	ДИ
ИИ	18,4	14,1—22,6	18,6	14,4—22,9	19,2	14,7—23,6
ВМК	46,7	31,7—61,7	45,2	29,7—60,7	50,0	37,1—62,9
САК	50,0	18,2—81,8	63,6	31,3—96,0	77,8	45,8—100,0
НИ	78,6	54,9—100,0	41,2	15,9—66,5	76,9	51,5—100,0

Сравнительная оценка нарушений жизнедеятельности проведена по шкале Ренкина до и после инсульта. Анализ данных показал, что до инсульта 32,6% обследованных группы были здоровы; 33,4% не имели нарушений жизнедеятельности и полностью справились со своими делами, несмотря на наличие отдельных симптомов; 19,9% имели легкие нарушения жизнедеятельности и справились с собственными делами, несмотря на некоторые ограничения; 9,2% испытывали потребность в посторонней помощи, но самостоятельно передвигались и только около 5% нуждались в посторонней помощи (4 и 5 баллов по шкале Ренкина). После инсульта наблюдались обратные соотношения: не имели каких-либо симптомов только 1,7% пациентов обследованной группы, 23,1% больных имели незначительные нарушения, не препятствующие повседневной жизнедеятельности, около 17% имели легкие и 9,1% — умеренные нарушения жизнедеятельности, 24,1% нуждались в посторонней помощи, 25,5% заболевших умерли. Таким образом, число лиц, нуждающихся в посторонней помощи и уходе (оценка по шкале Ренкина 4 и 5 баллов) вследствие инсульта, увеличивается почти в 5 раз, а число лиц, не имеющих ограничений в повседневной жизнедеятельности (оценка по шкале Ренкина 0 и 1 балл), уменьшается в 2,7 раза, при этом между группами наблюдаются статистически значимые различия ($p < 0,002$). Установлено, что каждый второй заболевший или умер, или имеет тяжелую степень инвалидизации.

Заключение

Предварительные итоги госпитального регистра, проведенного на базе неврологического отделения клинической больницы № 81 (г. Северск), показали,

что число лиц, доставленных в стационар с предварительным диагнозом «острый инсульт», превышает реальное количество инсультов приблизительно в 1,9 раза, имеющаяся гипердиагностика свидетельствует о настороженности врачей скорой медицинской помощи и населения в отношении этого заболевания. В то же время число, структура инсультов, распределение их по возрасту и полу, показатели летальности в каждый из 3 лет исследования оставались неизменными, следовательно, не являются случайными. Это означает, что при существующей системе организации медицинской помощи при остром инсульте ресурсы для снижения уровня летальности и инвалидизации исчерпаны. Только проведение неотложных мероприятий по приоритетному финансированию и реорганизации инсультной службы сможет изменить сложившуюся ситуацию.

Литература

1. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. СПб.: Фолиант, 2003. 432 с.
2. Скворцова В.И., Крылов В.В. Геморрагический инсульт: практическое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 160 с.
3. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации / под ред. В.И. Скворцовой. М.: Литтерра, 2007. 192 с.
4. Brainin M., Bomstein N., Boysen G., Demarin V. for the EFNS Task Force on Acute Neurological Stroke Care. Acute neurological stroke care in Europe: results of the European stroke care inventory // Eur. J. Neurol. 2000. № 7. P. 5—10.
5. Asplund K., Tuomilehto J., Stegmayr B. et al. Diagnostic criteria and quality control of the registration of stroke events in the MONICA Project // Acta. Med. Scand. Suppl. 1988. № 728. P. 26—39.
6. Intercollegiate Stroke Working Party National Sentinel Stroke Audit Organisational Audit 2004 (Consis Report). <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/strokeaudit/>.
7. Kaste M., Fogelholm R., Rissanen A. Economic burden of stroke and evaluation of new therapies // Publ. Hlth. 1999. № 112. P. 103—112.
8. Stroke. Practical Guide for Clinicians / ed. N.M. Bornstein, Tel Aviv. Copyright 2009 by S. Karger. AG, P.O. Box, CH-4009 Basel (Switzerland). 202 p.
9. The Stroke Unit Trialists' Collaboration: Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Cochrane Review) // Cochrane Database Syst Rev. 2007. № 4. CD000197.

Поступила в редакцию 01.10.2010 г.

Утверждена к печати 21.02.2011 г.

Сведения об авторах

В.М. Алифорова — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии СибГМУ (г. Томск).

Алифирова В.М., Кабанова Е.В., Антухова О.М. Особенности оказания медицинской помощи больным с инсультом...

Е.В. Кабанова — врач-невролог неврологического отделения ФГУЗ «КБ № 81 ФМБА России» (г. Северск).

О.М. Антухова — зав. неврологическим отделением ФГУЗ «КБ № 81 ФМБА России» (г. Северск).

Н.Г. Бразовская — канд. мед. наук, доцент кафедры медицинской и биологической кибернетики СибГМУ (г. Томск).

Для корреспонденции

Антухова Ольга Михайловна, тел.: 8 (382-3) 77-96-25, 8-961-890-5561; e-mail: antukhova@mail.ru