

К. И. Шапиро¹,
доктор медицинских наук

З. А. Кертиева²

¹ Санкт-Петербургский медицинский информационно-аналитический центр

² Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербегова, Нальчик

Организация оказания стационарной медицинской помощи при ишемии головного мозга в Кабардино-Балкарской республике

Проведен анализ организации стационарной помощи больным с ишемией головного мозга (ИГМ), изучение и экспертная оценка характера и объема диагностических и лечебных процедур, проводимых больным в различных стационарах и отделениях разного профиля, исходов стационарного лечения. При лечении больных с ИГМ применяются разнообразные лекарственные препараты, однако в значительном числе случаев это лечение проводится неполным курсом или неполной суточной дозой, не всегда при назначении препаратов учитываются результаты клинических исследований и тяжесть состояния пациентов при поступлении. На среднюю продолжительность пребывания в стационаре влияли возраст, тяжесть состояния при поступлении, локализация очага, время, прошедшее от начала заболевания до оказания первичной медицинской помощи, полнота проводимого курса лечения и предпринимаемые замены препаратов. Основной причиной смертельных исходов была тяжесть состояния пациентов.

Инсульты остаются важной проблемой современного здравоохранения и входят в тройку лидирующих причин летальных исходов, а также являются одной из основных причин глубокой инвалидизации [1–5]. Расчеты, основанные на данных регистров, позволяют ориентировочно определить, что ежегодно в России вновь возникает более 400 000 инсультов, причем лишь около 10% из них оказываются сравнительно легкими. До 15% больных, перенесших инсульт, остаются до конца жизни прикованными к постели. Кроме того, в стране насчитывается не менее 1,5 млн человек, страдающих хроническими формами цереброваскулярных заболеваний (ЦВБ) с исходом в сосудистую деменцию [6].

С учетом уровня и структуры заболеваемости, а также показателей первичного выхода на инвалидность неврологическая помощь, наряду с кардиологической и онкологической, названа среди приоритетных направлений развития стационарной помощи взрослому населению [7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для анализа организации стационарной помощи больным с ИГМ нами использована комплексная методика, состоящая из ряда этапов.

1. Изучение данных официальной статистической отчетности о заболеваемости населения КБР цереброваскулярными болезнями, о «госпитализированной заболеваемости» ЦВБ за 11 лет (1993–2003 гг.) и о ресурсной базе здравоохранения КБР. Всего изучено 55 документов.

2. Анализ контингентов больных с ишемией головного мозга (ИГМ), лечившихся в неврологических отделениях различных стационаров КБР, — 1118 историй болезни.

3. Изучение и экспертная оценка характера и объема диагностических и лечебных процедур, проводимых больным с ИГМ в различных стационарах КБР и отделениях разного профиля. При этом также регистрировались случаи замены препаратов внутри каждой группы.

4. Изучение исходов стационарного лечения больных с ЦВБ.

Полученные данные обрабатывались с помощью программы Statistica 6,0 с расчетом среднего арифметического значения (M), ошибки средней и ошибки показателя (m), существенности различий показателей (t).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным официальной статистической отчетности Кабардино-Балкарской Республики (КБР) за 1993–2002 гг., в среднем из общего числа больных с ЦВБ были госпитализированы 25,1%.

За последние годы отмечается повышение удельного веса госпитализации пациентов с ЦВБ за счет снижения (на 14,0%) числа зарегистрированных заболеваний с 11 472 (в 1993 г.) до 9871 (в 2002 г.) при одновременном увеличении числа госпитализированных с ЦВБ на 68,7% (с 1755 до 2961). Лечились в республиканской больнице 29,1%, в городской клинической

больнице (ГКБ) г. Нальчика — 18,6%, в Баксанской ЦРБ — 9,6%, в Урванской ЦРБ — 16,6%, в Терской ЦРБ — 9,9%, в других ЦРБ — 16,2% больных.

При госпитализации только 10,7% больных были в удовлетворительном состоянии, 53,2% — в состоянии средней тяжести, а более трети — в тяжелом состоянии.

Из числа госпитализированных 33,6% проживали в г. Нальчике, 27,5% — в районных центрах и городах республиканского подчинения, 38,9% — в сельских населенных пунктах.

В специализированных неврологических и нейрохирургических отделениях лечились 84,3% больных; 6,4% ввиду тяжести их состояния госпитализированы в реанимационные отделения. Лишь 7,9% больных находились в терапевтических отделениях районных больниц, не имеющих совсем или имеющих небольшое число специализированных неврологических коек (удельный вес госпитализированных на терапевтические койки в этих отделениях достиг 48,1%).

Известно, что на сроки и исходы госпитализации значительное влияние оказывает возраст пациентов. Наши данные показали, что среди госпитализированных по поводу ИГМ 71,6% были старше 60 лет, в том числе почти каждый третий (30,1%) — старше 70 лет.

Анализ обеспеченности диагностическими исследованиями показал, что в среднем на каждого больного с ИГМ приходилось по 4 вида исследования (от 4,9 в РКБ до 3,1 в Баксанской ЦРБ). Одно-два ис-

следования были выполнены лишь у 1,1% больных, три — у 3,0%, четыре — у 51,0%, пять — у 38,2%, шесть — у 6,4%, семь видов исследований — у 0,3%. Обязательным минимумом были ЭКГ, общей и биохимический анализ крови, которые выполнены 99,2–95,5% больных. Более чем половине (57,8%) госпитализированных проведена офтальмоскопия, однако этот показатель достигнут в основном за счет пациентов республиканской и городской клинической больниц, в которых офтальмоскопия проведена всем больным. В стационарах ЦРБ обеспеченность офтальмоскопией варьировала от 31,7% в Урванской ЦРБ до 12,6% в Терской ЦРБ. Рентгенография черепа проведена 39,5% пациентов; обеспеченность этим исследованием варьировала от 70,5% в РКБ до 3,8% в Баксанской ЦРБ. Каждому десятому пациенту (10,1%) выполнена компьютерная томография (от 27,4% в РКБ до 0,5% в Урванской ЦРБ). Только в РКБ и ГКБ выполнялись такие исследования, как эхокардиография, ультразвуковая диагностика и магнитно-резонансная томография, и то в единичных случаях (от 0,3 до 1,5%). Чаще всего (49,8%) больным проводились такие сочетания исследований, как ЭКГ + общий анализ крови + биохимический анализ крови + офтальмоскопия. Почти у каждого четвертого больного (23,5%) этот диагностический набор дополнялся рентгенографией черепа, а каждому седьмому (12,8%) дополнительно выполнена еще и компьютерная томография.

Результаты исследований крови показали, что у большого числа пациентов такие показатели, как

Таблица 1. Распределение результатов анализа крови (%)

Вид исследования	Результат			Всего
	норма	выше нормы	ниже нормы	
Протромбиновый индекс	56,1	42,1	1,8	100,0
Показатель гематокрита	34,2	63,2	2,6	100,0
Тромбоциты*	27,1	7,2	–	100,0
Триглицериды**	20,9	19,0	–	100,0
Холестерин***	32,7 (42,2)	67,1 (11,2)	0,2 (28,7)	100,0

Примечание: исследование не проводилось: * у 65,7%, ** у 60,1%, *** у 17,9% пациентов.

Таблица 2. Частота использования препаратов с разным механизмом действия в различных медицинских учреждениях (на 100 пациентов каждого ЛПУ)

Группа препаратов (метод лечения)	Стационар						В среднем
	РКБ	ГКБ	Баксанск	Урванская	Терская	другие ЦРБ	
Вазоактивные	91,6	95,9	96,2	91,3	88,5	91,7	92,0
Гемодилюция	26,6	18,4	26,4	12,4	34,4	30,6	22,7
Антиагреганты	63,0	46,9	24,5	64,3	60,7	38,8	55,5
Антикоагулянты	18,3	6,1	–	16,2	19,3	12,9	14,7
Тромболитики	1,5	2,0	1,9	2,2	–	3,5	1,9
Ноотропы	81,3	100,0	88,7	90,2	83,6	85,9	87,7
Антигипоксанты	30,0	20,4	33,9	14,6	21,3	31,8	26,9
Антиоксиданты	58,4	65,3	67,9	73,0	72,1	54,1	64,6
Гипотензивные	77,3	85,7	92,4	79,5	82,0	81,2	81,0
Венотоники	2,0	4,1	–	1,1	1,6	–	1,5
Гормональные	17,2	34,7	77,4	47,0	42,6	22,3	34,4
Гипербарическая оксигенация	1,5	–	1,9	–	1,6	–	0,8

протромбиновый индекс, показатель гематокрита и уровень холестерина, значительно превышали норму, а содержание легкого холестерина было ниже нормального уровня (табл. 1).

Вместе с тем необходимо отметить, что такие исследования, как определение содержания тромбоцитов, триглицеридов и Л-холестерина, выполнялись лишь в РКБ (соответственно 73,8, 84,7 и 81,2% больных), ГКБ (42,9, 71,4% и 85,7% больных) и Урванской ЦРБ (25,9, 24,3 и 48,1% больных соответственно).

Большую роль в диагностике ЦВБ играют консультации смежных специалистов. Наши данные показали, что основным лечащим врачом при ИГМ был врач-невролог. Практически все (96,2%) больные консультированы терапевтом, 64,6% — кардиологом, 57,8% — окулистом, 23,8% — нейрохирургом, а 6,0% — логопедом. В среднем на одного больного проведено 2,5 консультации. Чаще всего бригада консультантов состояла из кардиолога, окулиста и терапевта (39,5%) или из окулиста и терапевта (29,6%).

Больные, госпитализированные по поводу ИГМ, получали консервативное лечение препаратами различного механизма действия. Частота использования этих препаратов различалась в различных лечебных учреждениях (табл. 2).

Вазоактивные препараты применяли у 92,0% больных, но только каждый третий (30,6%) пациент получил полную суточную дозу и полный курс лечения, а каждый четвертый — полную суточную дозу, но неполный курс. У 16,7% пациентов производилась замена препарата. В целом полную суточную дозу получали 70,6%, полный курс лечения — 61,0%, неполную суточную дозу в сочетании с неполным курсом лечения — 5,3% больных.

Гемодилюцию использовали у 22,7%, в том числе полную суточную дозу и полный курс получили 14,2%, полную суточную дозу и неполный курс — 7,7%, из остальных неполную суточную дозу и полный курс получили 0,2%, неполную суточную дозу и неполный курс — 0,3%; полную суточную дозу и полный курс с заменой препарата — 0,3%.

Антиагреганты применяли у 55,4% больных. Из них полную суточную дозу и полный курс получили 37,2%, полную суточную дозу и неполный курс — 17,2%, из остальных неполную суточную дозу и полный курс получили 0,3%, неполную суточную дозу и неполный курс — 0,2%, полную суточную дозу и полный курс с заменой препарата — 0,5%.

Антикоагулянты назначали каждому седьмому пациенту (14,7%), из них половина (7,1%) получили полную суточную дозу и полный курс лечения, а 7,6% — полную суточную дозу, но курс лечения не был завершен. *Тромболитическую терапию* проводили лишь 1,9% пациентов: при нормальном протромбиновом индексе — у 1,6%, при повышенном — у 1,5%, при пониженном — у 9,1%; при нормальном показателе гематокрита — у 1,2%, при повышенном — у 1,5%, при пониженном — у 9,1%.

В лечении ИГМ широко используется *ноотропная терапия*: ее применяли у 87,7% больных, но

только каждый четвертый (25,6%) пациент получил полную суточную дозу и полный курс лечения, а каждый пятый (19,6%) — полную суточную дозу, но неполный курс. У 19,9% пациентов производилась замена препарата. В целом полную суточную дозу получили 61,7%, полный курс лечения — 54,1%, неполную суточную дозу в сочетании с неполным курсом лечения — 1,1% больных.

Антигипоксиксатную терапию применяли у 26,9% больных с ИГМ, в том числе полную суточную дозу и полный курс лечения получили 20,4%, а полную суточную дозу и неполный курс лечения — 6,1% больных.

Антиоксиданты получали 64,6% пациентов, среди поступивших в удовлетворительном состоянии — 56,5%, в состоянии средней тяжести — 62,2%, в тяжелом состоянии — 70,1%, различия показателя статистически достоверны ($t = 2,7$). Полную суточную дозу и полный курс получили 39,3%, а полную суточную дозу и неполный курс — 24,2%.

Гипотензивная терапия проведена 81,0% пациентов с ИГМ, большинство больных (56,3%) получили полную суточную дозу и полный курс лечения, а 22,9% — полную суточную дозу и неполный курс.

Гормональная терапия проведена 34,4% больных с ИГМ. Полную суточную дозу и полный курс лечения получили 25,8% пациентов, полную суточную дозу и неполный курс — 8,3%. У госпитализированных в удовлетворительном состоянии гормоны применялись в 18,9%, в состоянии средней тяжести — у 27,5%, в тяжелом состоянии — у 42,4%. Различия показателей во всех случаях парных сравнений статистически достоверны ($t = 4,8-12,3$).

Венотоники получали всего 1,5% больных.

Наконец, *гипербарическую оксигенацию* проводили лишь у 8 больных: у одного пациента в удовлетворительном состоянии, у 2 — в состоянии средней тяжести и у 5 — в тяжелом состоянии.

Средняя продолжительность стационарного лечения составила $16,9 \pm 8,0$ дня (при $m = \pm 0,3$). При этом почти каждый десятый пациент (9,4%) находился в стационаре менее трех дней, 7,2% — менее недели, а 21,6% — до двух недель, т. е. 38,2% госпитализированных лечились меньше среднего срока. Это было связано, с одной стороны, с высокой летальностью больных в ранние сроки, а с другой — с трудностью и дефектами диагностики ИГМ на догоспитальном этапе. В последнем случае при уточнении диагноза и отсутствии подтвержденной ИГМ больные переводились в другие отделения или выписывались на амбулаторное лечение, что сокращало средние сроки пребывания в стационаре. Каждый четвертый пациент (28,3%) с ИГМ лечился в стационаре от 22 до 30 дней, а еще 4,7% — более месяца.

Различия в сроках пребывания в стационаре у мужчин (17,2 дня) и женщин (16,1) статистически незначительны ($t = 1,2$).

Анализ влияния возраста на срок стационарного лечения показал, что статистически достоверные различия имеются только у больных в возрасте старше

80 лет, у которых удельный вес краткосрочного (до 6 дней) пребывания (40,7%) был существенно выше, чем в других возрастных группах ($t = 2$), за счет чего отмечен и значительно более короткий срок их пребывания в стационаре. Средний срок пребывания в стационаре составил у больных в возрасте моложе 29 лет 21,2 дня, у 30–39-летних — 17,3, у 40–59-летних — 18,5 и 18,4 дня. Начиная с группы лиц от 60 лет и старше, средняя продолжительность стационарного лечения снижается: до 16,3 дня у лиц 60–69 лет, 15,9 дня — у 70–79-летних и, наконец, до 12,4 дня у пациентов 80 лет и старше.

Средние сроки лечения больных, госпитализированных в относительно удовлетворительном состоянии («малый инсульт»), составили $16,2 \pm 0,85$ дня; в состоянии средней тяжести — $17,7 \pm 0,4$ дня, что статистически существенно больше, чем у поступивших в тяжелом состоянии, — $13,9 \pm 0,7$ дня ($t = 2,1$ и $4,7$ соответственно).

У больных, впервые перенесших ОНМК, средний срок госпитализации составил $18,1 \pm 0,2$ дня, а после повторных инсультов — $15,6 \pm 0,8$ дня ($t = 1,3$).

При анализе длительности лечения в зависимости от локализации ИГМ установлено, что в случае локализации очага в бассейне средней мозговой артерии она составила 16,8 дня, в бассейне передней мозговой артерии — 16,3 дня, в бассейне задней мозговой — 16,7, основной артерии и ее дистальных ветвей — 17,8,

при локализации поражения в бассейнах нескольких артерий — 12,0 дня. Таким образом, существенное влияние на сроки лечения оказывает только множественная локализация патологии.

Сроки стационарного лечения зависели от времени, прошедшего от начала заболевания до оказания первичной неспециализированной медицинской помощи. Если это время составило меньше 6 ч, средняя длительность пребывания в стационаре была 13,6 дня; при сроке от 6 до 24 ч она увеличивалась до 17,0 дня, а при сроке более суток — до 18,0–18,2 дня.

Различия в сроках лечения больных, доставленных в период «терапевтического окна» (в среднем $13,9 \pm 0,7$ дня) и через 21 день и более ($20,9 \pm 3,2$ дня), статистически достоверны.

Одним из важнейших показателей, характеризующих качество стационарной помощи, являются исходы лечения.

Наши материалы показали, что каждый десятый ($9,9 \pm 0,9\%$) больной с ИГМ умер. Основной причиной смертельных исходов была тяжесть состояния пациентов. Так, летальность в отделении реанимации составила 52,1%; у больных, которые лечились в реанимационном отделении на этапах стационарного лечения, — от 10,2% до 67,7%. Наиболее низкой была летальность у пациентов неврологического отделения (1,9%).

Высокая летальность ($25,9 \pm 1,3\%$) отмечена у больных старше 80 лет, у доставленных в первые 6 ч после развития ИГМ ($19,1 \pm 1,2\%$), у пациентов с повторным нарушением мозгового кровообращения ($18,5 \pm 1,2\%$), у больных, доставленных в тяжелом состоянии ($23,8 \pm 1,3\%$).

Только $7,6 \pm 0,8\%$ пациентов выписаны в удовлетворительном состоянии, и часть из них даже вернулись к работе. Только каждый третий ($35,7 \pm 1,4\%$) сможет себя обслуживать в бытовых условиях, а каждый четвертый пациент ($25,5 \pm 1,3\%$) нуждается в постоянной посторонней помощи. Каждый пятый пациент ($21,2 \pm 1,2\%$) выписан по просьбе родственников, нуждался в постоянном уходе или переведен для продолжения лечения в другой стационар или поликлинику по месту жительства.

ВЫВОДЫ

При лечении больных с ИГМ применяются разнообразные лекарственные препараты. Однако в значительном числе случаев это лечение проводится неполным курсом или неполной суточной дозой, не всегда при назначении препаратов учитываются результаты клинических исследований и тяжесть состояния больных при поступлении.

На среднюю продолжительность пребывания в стационаре влияли возраст, тяжесть состояния при поступлении, локализация очага, время, прошедшее от начала заболевания до оказания первичной медицинской помощи, полнота проводимого курса лечения и предпринимаемые замены препаратов.

Основной причиной смертельных исходов была тяжесть состояния пациентов.

Литература

1. Гусев Е. И. Эпидемиология инсульта в России / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова, Л. В. Стаховская // Журн. неврол. и психиатр. им. Корсакова: Прил. — 2003. — Вып. 8. — С. 4–9.
2. Евзельман М. А. Организация помощи больным с цереброваскулярными заболеваниями / М. А. Евзельман, В. И. Байраков // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2006. — № 5. — С. 43–46.
3. Иванова Г. Е. Принципы организации ранней реабилитации больных с инсультом / Г. Е. Иванова, В. М. Шкловский, Е. А. Петрова [и др.] // Качество жизни (медицина). — 2006. — Т. 2, № 13. — С. 62–70.
4. Ковальчук В. В. Совершенствование профилактики и лечения больных инсультами в Санкт-Петербурге / В. В. Ковальчук, А. А. Скоромец, Э. Р. Алханов // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2008. — № 3. — С. 27–30.
5. Burvill P. W. STROKE / P. W. Burvill, G. A. Jonhson, K. D. Jamrozik [et al.] // Brit. J. Psychiatry. — 1955. — Vol. 166. — P. 328–332.
6. Суслина З. А. Сосудистые заболевания головного мозга в России: некоторые итоги и перспективы / З. А. Суслина // Тер. арх. — 2008. — Т. 80, № 10. — С. 5–8.
7. Пенюгина Е. Н. Концептуальные подходы к оптимизации сети больниц и организации стационарной медицинской помощи с учетом градостроительной политики и основных направлений социально-экономического развития крупного города: дис ... д-ра мед. наук (14.00.33). — СПб., 2008. — 365 с.

