

УДК 616.831-005.1-082.4

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ

Хутиева Л.С.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России»,
Ростов, e-mail: leila-71@yandex.ru

В статье приведены результаты впервые проведенного в Республике Ингушетия исследования по оценке структуры организации и качества оказания лечебно-диагностической помощи больным с мозговым инсультом. Всего было проанализировано 408 случаев. Все больные с инсультом были госпитализированы в стационар. Анализ помощи больным с мозговым инсультом показал, что лишь половина из них госпитализируется бригадами скорой медицинской помощи. Только 49% поступлений в стационар осуществляется в первые 6 часов с момента развития инсульта, что влияет на качество оказываемой помощи и исход заболевания. На основании только клинических данных у 12% больных был ошибочно диагностирован ишемический инсульт, что привело к недооценке частоты кровоизлияний в мозг, подтвержденных нейровизуализацией головного мозга. Только у 23% больных отмечалось полное восстановление функций. Уровень инвалидизации к концу 1 года составил 72%. Летальность больных при геморрагических инсультах в остром периоде была значительно выше (58%) в сравнении с инфарктом мозга.

Ключевые слова: мозговой инсульт, летальность, инвалидизация, нейровизуализация, анализ качества помощи

ANALYSIS OF THE QUALITY OF MEDICAL AND CARE FOR PATIENTS WITH ACUTE STROKE IN THE REPUBLIC OF INGUSHETIA

Khutieva L.S.

Rostov State Medical University, Rostov, e-mail: leila-71@yandex.ru

The results of the first study in the Republic of Ingushetia study on the structure of the organization and quality of treatment and diagnosis some help to patients with stroke. There were analyzed 408 cases. All patients with stroke were admitted to hospital. Analysis of the treatment of patients with acute stroke showed that only half of them are hospitalized ambulance crews. Only 49% of admissions are in the first 6 hours after stroke onset, which affects the quality of care and patient outcomes. Based on clinical data only 12% of patients were wrongly diagnosed ischemic stroke, which led to an underestimation of the frequency of brain hemorrhage, confirmed by imaging of the brain. Only 23% of patients had complete recovery of function. The level of disability at the end of 1 year was 72%. Mortality of patients with hemorrhagic stroke in the acute phase was significantly higher (58%) compared with brain infarction.

Keywords: stroke, mortality, disability, neuroimaging, analysis of the quality of care

Большая медико-социальная значимость проблемы сосудистых заболеваний головного мозга продиктована их значительной долей в структуре заболеваемости и смертности населения, высокими показателями временной утраты трудоспособности и инвалидизации [2, 4]. Проведенные в разных городах России исследования выявляют четкую связь между качеством организации и оказания медицинской помощи больным с инсультом и показателями смертности и инвалидизации [1, 5]. Смертность от инсульта в среднем по России достоверно коррелирует с заболеваемостью. Если уровень заболеваемости между регионами страны различается максимум в 5,3 раза, то смертность варьирует в 20,5 раза [5, 6]. Это свидетельствует о разном уровне эффективности медицинской помощи в разных регионах страны, что подтверждается и различиями показателей госпитальной летальности более чем в 6 раз [4, 6]. Помощь больным с мозговым инсультом (МИ) оказывается в недостаточном объеме. Так, доля госпитализированных больных даже

в крупных городах колеблется от 59,9 до 73,4% [2, 5]. В пределах «терапевтического окна» доставляется от 35 до 79% больных МИ [8]. Наблюдаются существенные различия в оказании помощи больным с инсультом, связанные с отсутствием единых принципов их ведения. Имеющуюся ситуацию возможно изменить путем развития активной профилактики инсульта и совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с уже развившейся церебральной катастрофой [3, 7]. Повышение эффективности и контроля качества медицинской помощи в специализированных лечебно-диагностических учреждениях является важным моментом для своевременной и правильной тактики ведения больных с мозговым инсультом [7, 9]. Необходимость анализа деятельности как учреждения в целом, так и отдельно взятого стационарного отделения обусловлена тем, что существующая система оценки деятельности стационарной помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) не отражает реальной

картины по качеству оказания медицинской помощи в Республике Ингушетия. Отдаленные сельские и горные местности республики не могут быть представлены полноценными подразделениями. Существующая амбулаторно-поликлиническая помощь сельскому населению имеет минимальный набор специалистов (терапевтов, педиатров, акушеров). В связи с этим главной задачей является рациональная организация сети больниц по территории республики в перспективе, исходя из системы расселения, динамики численности и возрастной структуры населения.

В 2012 году в системе здравоохранения Республики Ингушетия медицинскую помощь населению оказывали 75 учреждений (коечный фонд – 120 неврологических коек): Ингушская республиканская клиническая больница (ИРКБ), которая проводила круглосуточную экстренную плановую консультативную помощь; три центральные районные больницы, сельские врачебные амбулатории, методическое руководство которых осуществляется центральными районными больницами по административной подчиненности. Средний койко-день при ишемических инсультах составил $17,6 \pm 1,2$ дней, при геморрагических – $18,1 \pm 4,8$ дней.

Цель исследования: оценить качество системы лечебно-диагностической помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в Республике Ингушетия.

Материалы и методы исследования

С целью оценки качества оказания медицинской помощи больным с МИ в период с декабря 2011 г. по ноябрь 2012 г. на базе неврологического и реанимационного отделений (не являющихся специализированными нейрососудистыми отделениями) ИРКБ проводилось эпидемиологическое исследование с использованием регистра инсульта. Из 408 больных с мозговым инсультом 287 были госпитализированы в реанимационное отделение. ИРКБ оснащена кабинетами биохимических исследований, ультразвуковой диагностики (эхокардиография, электрокардиография (ЭКГ)), центром лучевой диагностики (магнитно-резонансная (МРТ) и компьютерная томографии (КТ)), офтальмоскопия, рентгенологическим кабинетом. Районные больницы не имеют полной оснащенности всем оборудованием, где обязательным минимумом является ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, офтальмоскопия, рентгенография черепа.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ состояния организации медицинской помощи больным с мозговым инсультом показал, что 228 (56,6%) больных были направлены в стационар машиной скорой помощи, 155 (38%) обратились

в клинику самостоятельно или доставлены родственниками, 25 (6%) – другие каналы поступлений. Пути поступления в стационар представлены на рис. 1.

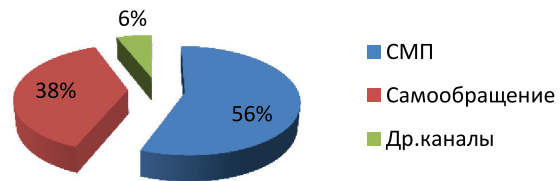


Рис. 1. Пути поступления больных на госпитализацию

Немаловажное значение имеют сроки с момента начала МИ до доставки в стационар. Анализ сроков госпитализации при инсульте показал, что в первые 0–3 часа поступило 93 (23%) больных, 3–6 часов – 106 (26%) пациентов, 6–12 часов – 69 (17%) больных, 12–24 часа – 86 (21%) больных, более 24 часов – 53 (13%) пациента. Сроки госпитализации представлены на рис. 2.

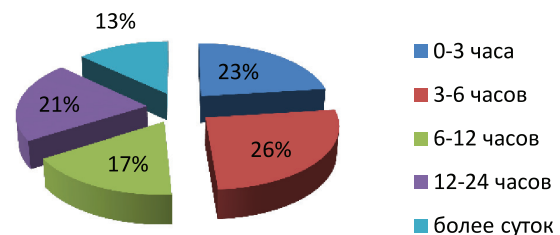


Рис. 2. Сроки госпитализации в стационар

93 (23%) пациента были госпитализированы в неспециализированный стационар в период «терапевтического окна». У большинства больных (82%) инсульт развился дома, у 4,6% – на работе, у 1,6% – в стационарах соматического профиля, в прочих местах – у 8%. Первый медицинский осмотр был произведен врачом скорой медицинской помощи у 58% больных, участковым терапевтом – у 22%, неврологом – у 6%, фельдшером – у 10%, прочими специалистами (врач амбулатории, медсестра, врач медицинского пункта, врачами других специальностей) – у 4%. Данные представлены на рис. 3.

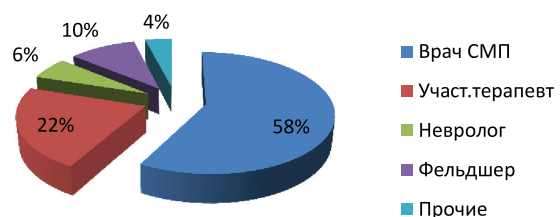


Рис. 3. Первый медицинский осмотр

По результатам исследования большинству больных (78%) был поставлен диагноз «ОНМК» после первого медицинского осмотра, «гипертонический криз» – 13%, «преходящее нарушение мозгового кровообращения» – 6%, другой диагноз – 3%. При госпитализации осмотр осуществлялся неврологом в 74% случаев, терапевтом – 54%, кардиологом – 52%, офтальмологом – 37%, нейрохирургом – 35%. ЭКГ-исследование произведено 79% больным в первые сутки поступления. Во всех случаях проводилось биохимическое исследование крови, коагулограмма, общий анализ крови и мочи. КТ/МРТ головного мозга выполнялась 74 (18%) больным в первые 3–6 часов с момента поступления в неспециализированный стационар, в первые сутки – 237 (58%) пациентам, в последующие – 98 (24%). В 117 (29%) случаях был диагностирован геморрагический инсульт (ГИ). У 21 больного до проведения нейровизуализации ГИ расценивался как ишемический (ИИ). Внутримозговые кровоизлияния (ВМК) были выявлены в 89 (22%) случаях. При этом 17 из них первоначально оценивались как инфаркты мозга. Субарахноидальные кровоизлияния (САК) верифицированы у 28 (7%) больных (у четырех – до исследования оценивались как ВМК). После проведения МРТ головного мозга ИИ установлен у 281 (69%) пациента. Тип инсульта не уточнен (НИ) у 10 (2,1%) больных. Данные предварительного и заключительного диагноза представлены в таблице.

Данные нейровизуализации до и после исследования

Тип инсульта	Диагноз	
	До исследования	После исследования
Ишемический инсульт	319	281
Внутримозговое кровоизлияние	93	89
Субарахноидальное кровоизлияние	24	28
Неуточненный инсульт	10	10

Таким образом, использование в диагностике характера инсульта только клинических данных приводит к недооценке частоты кровоизлияний в мозг.

Больным ИИ проводилось консервативное лечение с назначением антиагрегантов, антикоагулянтов, ноотропов, антигипоксантов, антиоксидантов, веноotonиков, гипотензивных средств. Им также осуществлялась гемодилюция и симптоматическая

терапия с учетом соматической патологии. В случаях ГИ осуществлялась консультация нейрохирурга с последующей срочной транспортировкой основной части больных в соседние республики в связи с отсутствием в Ингушетии специализированного нейрохирургического отделения. Тяжелым нетранспортабельным больным нейрохирургическая помощь оказывалась в непрофильных отделениях, чем была обусловлена высокая летальность (58%) в остром периоде заболевания. После проведенной интенсивной терапии и стабилизации соматического и неврологического статуса больных переводили из общей реанимации в неврологическое отделение с последующей реабилитацией в амбулаторных условиях. Отсутствие в стационаре методистов ЛФК, психологов и логопедов также определяет недостаточную эффективность помощи пациентам с МИ. По результатам индекса активности в повседневной жизни (Бартел) только у 23% больных отмечалось полное восстановление функций, у 27% – достаточное, у 15% – частичное, у 27% – минимальное, у 8% – полное отсутствие восстановления двигательных и речевых функций. Данные представлены на рис. 4.

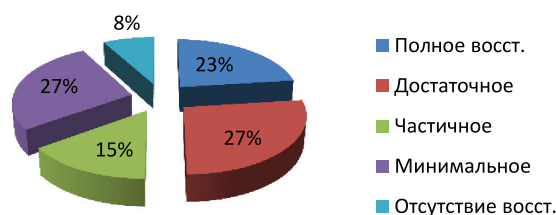


Рис. 4. Анализ неврологического дефицита больных после инсульта

Уровень инвалидизации к концу 1 года составил 72%.

Выводы

Анализ помощи больным с мозговым инсультом показал, что в Республике Ингушетия лишь половина из них госпитализируется бригадами СМП, остальные поступают самостоятельно или доставляются родственниками. Только 49% поступлений в стационар осуществляется в первые 6 часов с момента развития инсульта, что влияет на качество оказываемой помощи и исход заболевания. Сохраняется большое количество пациентов, госпитализируемых в сроки позднее 6 часов. Основными причинами поздней госпитализации была неосведомленность населения о симптомах инсульта и лечение на дому перед госпитализацией в стационар. На основании только клини-

ческих данных у 12% (48) больных был ошибочно диагностирован ИИ, что привело к недооценке частоты кровоизлияний в мозг, подтвержденных МРТ/КТ головного мозга. Высокая летальность (58%) при ГИ обусловлена отсутствием адекватной специализированной нейрохирургической помощи в республиканском стационаре. Высокая инвалидизация больных (72%) после перенесенного инсульта свидетельствует о недостаточной эффективности реабилитационных мероприятий на раннем и позднем этапах восстановительного периода.

В связи с этим первоочередным должно быть создание специализированных бригад скорой помощи, в задачи которых должны входить постановка диагноза, проведение комплекса неотложных лечебных мероприятий. Необходимо увеличить процент госпитализации больных, обеспечить раннюю госпитализацию в первые 3 часа заболевания, организовать нейрососудистое и нейрохирургическое отделения в республиканском стационаре и койки для больных с инсультом в районных больницах с палатами интенсивной терапии и подготовленным персоналом для ведения больных с ОНМК, выбрать оптимальную лечебную тактику, а также обеспечить пациентам раннюю реабилитацию и мероприятия по профилактике инсульта.

Список литературы

1. Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты профилактики нарушений мозгового кровообращения // Атмосфера. Нервные болезни. – М., 2005. – № 2. – С. 4–10.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Инсульт. Приложение к журналу, тезисы докладов. – М.: МедиаСфера, 2003. – Вып. 9. – С. 114.
3. Кадьков А.С., Шахпаронова Н.В. Реабилитация после инсульта // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11, № 25. – С. 25–28.
4. Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсульта в Российской Федерации. / Инсульт. Приложение к журналу неврологии и психиатрии: материалы 2 Российского Международного конгресса. 2007. – С. 3–5.
5. Сравнительный анализ качества медицинской помощи больным с инсультом на догоспитальном этапе в разных городах Российской Федерации / Л.В. Стаховская, К.В. Шевцова, Т.И. Рожкова, М.К. Бодыхов, В.Э. Цурикова, В.И. Скворцова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 9. – Вып. 2. – С. 36–41.
6. Сравнительный анализ организации помощи больным с инсультом в России, Европе, США / Л.В. Стаховская, В.В. Гудкова, М.В. Колесникова, М.А. Евзельман // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт. Приложение к журналу. – 2004. – № 11. – С. 64–67.
7. Суслина З.А. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики / Суслина З.А., Варакин Ю.Я. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс – информ, 2009. – С. 352.
8. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. – М.: МЕДпресс – информ, 2006. – С. 254.

9. Яхно Н.Н., Виленский Б.С. Инсульт как медико-социальная проблема // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 12. – С. 807–815.

References

1. Varakin Yu.Ya. *Epidemiologicheskie aspekty profilaktiki narusheniy mozgovogo krovoobrashcheniya . Atmosfera. Nervnye bolezni* (Epidemiological aspects of the prevention of stroke . Atmosphere. Nervous Disorders). Moscow, 2005, no 2, pp. 4–10.
2. Gusev E.I., Skvortsova V.I., Stakhovskaya L.V. *Epidemiologiya insulta v Rossii . Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. Insult. Prilozhenie k zhurnalu, tezisy докладov.* (Epidemiology of stroke in Russia. Journal of Neurology and Psychiatry S.S Korsakov. Stroke. Supplement, abstracts). Moscow: Mediasphere, 2003, Vol. 9, p.114.
3. Kadykov A.S., Shakhparonova N.V. *Reabilitatsiya posle insulta . Russkiy meditsinskiy zhurnal* (Rehabilitation after stroke. Russian Journal of Medicine). 2003, Vol .11, no. 25, pp. 25–28.
4. Skvortsova V.I. *Snizhenie zabolevaemosti, smertnosti i invalidnosti ot insulta v Rossiyskoy Federatsii. Insult. Prilozhenie k zhurnalu neurologii i psikiatrii. Materialy 2 Rossiyskogo Mezhdunarodnogo kongressa* (Reducing morbidity, mortality and disability from stroke in the Russian Federation. Stroke. Supplement to the journal of neurology and psychiatry. Materials 2 Russian International Congress). 2007, pp. 3–5.
5. Stakhovskaya L.V., Shekhovtsova K.V., Rozhkova T.I., Bodykhov M.K., Tsurikova V.E., Skvortsova V.I. *Sravnitelnyy analiz kachestva meditsinskoy pomoshchi bolnym s insul'tom na dogospitalnom etape v raznykh gorodakh Rossiyskoy Federatsii . Zhurnal neurologii i psikiatrii S.S. Korsakova* (Comparative analysis of the quality of care for patients with stroke in the prehospital setting in different cities of the Russian Federation . Journal of Neurology and Psychiatry SS Korsakov). 2010, Vol 9, no. 2, pp. 36–41.
6. Stakhovskaya L.V., Gudkova V.V., Kolesnikova M.V., Yevzelman M.A. *Sravnitelnyy analiz organizatsii pomoshchi bolnym s insul'tom v Rossii, Yevrope, SShA . Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S Korsakova. Insult. Prilozhenie k zhurnalu* (Comparative analysis of the organization care for patients with stroke in Russia, Europe, USA .Journal of Neurology and Psychiatry SS Korsakov. Stroke. Supplement). 2004, no 11, pp. 64–67.
7. Suslina Z.A. *Sosudistye zabolevaniya golov'nogo mozga. Epidemiologiya. Osnovy profilaktiki . Suslina Z.A., Varakin Y.Y.* (Cerebrovascular diseases: Epidemiology. Framework for prevention / Suslina Z.A, Varakin U.Y). M.: MEDpress – Inform, 2009, Vol 2, p. 352.
8. Suslina Z.A., Varakin Yu.Ya., Vereshchagin N.V. *Sosudistye zabolevaniya golov'nogo mozga* (Vascular diseases of the brain). M.: MEDpress – Inform, 2006. 256 p.
9. Yakhno N.N., Vilenskiy B.S. *Insult kak medikosotsial'naya problema. Russkiy meditsinskiy zhurnal* (Stroke as a medical and social problem . Russian Journal of Medicine). 2005, Vol. 13, no. 12, pp. 807–815.

Рецензенты:

Балязин В.А., д.м.н, профессор, зав. кафедрой нервных болезней и нейрохирургии, ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону;

Вазген В.М., д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии, ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону.

Работа поступила в редакцию 08.04.2013.