

УДК 616.831-005-036.11-036.2:614.1(470.43)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ДАННЫМ ГОСПИТАЛЬНОГО РЕГИСТРА САМАРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

О.В. Андрофагина¹, И.А. Стрельникова¹, Е.Ф. Черных²,¹ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина», ²Санаторий им. В. Чкалова, г. Самара**Андрофагина Ольга Владимировна** – e-mail: samaranevr@samtel.ru

В исследование включены 953 пациента с инсультом в возрасте от 18 до 87 лет. Ишемический инсульт развился у 71,2% больных (679 пациентов), геморрагических инсульт (ГИ) был диагностирован в 28,8% случаев (274 пациента). Всем больным в первые сутки выполнялась компьютерная томография головного мозга. Несмотря на низкий процент больных, поступающих в период «терапевтического окна», 17 пациентам проведена тромболитическая терапия (2,5%). Благодаря точной диагностике типа инсульта, своевременному началу дифференцированной терапии и внедрению мультидисциплинарного подхода в мероприятия ранней нейрореабилитации госпитальная летальность в остром периоде инсультов составила 13,6%. 59,3% больных были независимы в повседневной жизни к концу срока госпитализации.

Ключевые слова: инсульт, регистр инсульта, организация медицинской помощи.

953 patients are included in research with a stroke at the age from 18 till 87 years. The ischemic stroke has developed at 71,2% of sick (679 patients), intracranial hemorrhage has been diagnosed in 28,8 % of cases (274 patients). A computer tomography carried out for all patients in the first day. 17 patients were treated with Thrombolysis (2,5%). Thanks to exact diagnostic of stroke's type, the timely beginning of the differentiated therapy and work of the multidisciplinary team the hospital mortality in the acute period of strokes has made 13,6%. 59,3% of patients are independent in an everyday life by the end of term of hospitalization.

Key words: a stroke, the stroke register, the medical aid organization.

Введение

Острые нарушения мозгового кровообращения продолжают оставаться важнейшей медико-социальной проблемой современности [1]. В России каждый год регистрируется около 500 тысяч новых случаев инсульта и проживает более 1 млн человек, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) [2]. Церебральный инсульт занимает второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения (39%) [3] и общей смертности населения (23,4%) [4]. Ежегодная смертность от инсульта в нашей стране одна из самых высоких в мире (175 на 100 тыс. населения) [3]. Летальность в остром периоде инсульта составля-

ет 34,6%, в течение первого года погибает еще половина больных [4]. В среднем 60% лиц, перенесших инсульт, становятся инвалидами, большая часть из них зависимы от окружающих или нуждаются в постороннем уходе. Лишь 8% выживших после инсульта могут вернуться к прежней работе [3]. Расчетная сумма прямых и непрямых расходов на проблему инсульта колеблется от 16,5 до 22 млрд долларов в год [5].

На сложившуюся ситуацию можно повлиять в двух направлениях: посредством внедрения программ первичной и вторичной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения и путем совершенствования организации

оказания помощи больным с инсультом как на госпитальном, так и на догоспитальном этапах. Реализация этих задач возможна лишь при наличии достоверных клинико-эпидемиологических характеристик инсульта, которые позволяют оценить ситуацию с ОНМК в каждом конкретном регионе и выявить эффективность проводимых мероприятий [3].

Целью настоящей работы явился первичный анализ клинико-эпидемиологических показателей Регионального сосудистого центра (РСЦ) на базе отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина».

Материалы и методы

Исследование проводилось в период с 01.11.2009 г. по 01.11.2010 г. Всего было включено 953 пациента в возрасте от 18 до 87 лет. Средний возраст больных составил $59,4 \pm 14,9$ года. Для выявления факторов риска развития инсульта, анализа сроков госпитализации, структуры острых нарушений мозгового кровообращения использовался Госпитальный регистр инсульта, разработанный НИИ инсульта [3]. Клинические методы исследования включали тщательный сбор анамнеза, оценку соматического и неврологического статуса по общепринятой методике. Функциональный исход острого периода заболевания оценивался по шкале Рэнкин. Для верификации диагноза всем больным проводилась рентгеновская компьютерная томография (КТ) головного мозга. С целью оценки состояния экстракраниальных артерий и выявления сочетанного поражения каротидного и вертебрально-базиллярного сосудистых бассейнов выполнялось цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ЦДК БЦС).

Результаты и их обсуждение

В структуре острых нарушений мозгового кровообращения ишемический инсульт (ИИ) составил 71,2% (679 пациентов), геморрагический инсульт (ГИ) был диагностирован в 28,8% случаев (274 пациента). Таким образом, соотношение ГИ к ИИ составило 1:2,5. Субарахноидальное кровоизлияние было диагностировано у 57 больных (20,8%), внутримозговое кровоизлияние выявлено в 216 наблюдениях (79,2%). 32,8% больных с внутримозговыми кровоизлияниями были прооперированы в остром периоде.

ТАБЛИЦА 1.
Факторы риска развития инсульта

Фактор риска	Ишемический инсульт (n=679)		Геморрагический инсульт (n=274)		Всего (n=953)	
	n	%	n	%	n	%
Артериальная гипертензия	624	92	268	98	892	93,5
Фибрилляция предсердий	146	21,5	38	14	184	19,3
Дислипидемия	534	78,6	127	46,5	661	69,3
Сахарный диабет	194	28,6	57	21	251	26,3

При анализе факторов риска развития инсульта (таблица 1) выявлено, что ведущим является артериальная гипертензия (93,5% больных с ОНМК). Вторым по частоте встречаемости фактором риска была дислипидемия (69,3%), третьим – сахарный диабет (26,3%). Подобные данные были получены в г. Иркутске – артериальная гипертензия выявля-

на у 91% больных с инсультом, при этом процент больных с дислипидемией был выше – 76% [6].

Поступление больных в отделение осуществлялось по разным каналам: бригадами СМП было доставлено 143 пациента (15%), 7 больных (0,7%) были переведены из других отделений СОКБ в связи с развитием внутрибольничного инсульта, 803 пациента (84,3%) были переведены из лечебно-профилактических учреждений прикрепленных районов Самарской области. В отделение нейрореанимации при поступлении было госпитализировано 56,4% больных с ОНМК (538 человек).

При поступлении в стационар КТ головного мозга была выполнена 100% больных. В первые 40 минут характер инсульта был установлен в 895 наблюдениях (93,9%). ЦДК БЦС было выполнено 932 больным (97,7%) в первые сутки от момента госпитализации, из них гемодинамически значимые стенозы были выявлены у 73 пациентов (7,8%), сочетанное атеросклеротическое поражение экстракраниальных артерий диагностировано у 25,4% больных.

Особую важность имеет своевременное начало терапии, поэтому был проведен анализ сроков госпитализации пациентов в специализированный стационар после развития ОНМК (таблица 2).

ТАБЛИЦА 2.
Сроки госпитализации больных в отделение после развития ОНМК

Время от начала развития очаговой неврологической симптоматики	Ишемический инсульт (n=679)		Геморрагический инсульт (n=274)	
	n	%	n	%
До 3 часов	21	3	7	2,5
От 3 до 6 часов	60	8,8	12	4,3
От 6 до 24 часов	232	34,2	23	8,4
В первые 24 часа (всего)	313	46	51	18
Позже 24 часов	366	54	223	82

Несмотря на довольно низкий процент госпитализации больных с ИИ в период «терапевтического окна», что обусловлено территориальными особенностями «зоны ответственности» Регионального сосудистого центра, 17 из них была выполнена тромболитическая терапия (2,5%). У 12 больных проведена системная тромболитическая терапия (1,8% от числа всех больных с ИИ), при этом положительный эффект был отмечен у 10 пациентов (83,3% от всех больных после системной тромболитической терапии). По данным госпитального регистра г. Иркутска в нейрососудистое отделение было госпитализировано 6,3% больных в период «терапевтического окна», 2,8% из них проводилась системная тромболитическая терапия [6].

В период 3–6-часового интервала пяти больным с тромбозом внутренней сонной артерии была проведена селективная тромболитическая терапия (0,7% от всех больных с ИИ) также с последующей положительной динамикой, двум из них проводилась селективная тромболитическая терапия со стентированием пораженной внутренней сонной артерии. У этих больных отмечалась полная стойкая реканализация пораженного сосуда.

Патогенетические подтипы ишемического инсульта определялись согласно критериям TOAST. Как видно из данных таблицы 3, атеротромботический вариант развития

Неврология

ишемического инсульта преобладал над остальными (57%), вторым по частоте явился кардиоэмболический подтип (19,1%).

ТАБЛИЦА 3.

Распределение больных по патогенетическим подтипам ишемического инсульта

Патогенетический подтип ишемического инсульта	n	%
Атеротромботический	386	56,8
Кардиоэмболический	130	19,1
Лакунарный	88	12,9
Гемодинамический	40	5,8
Не уточненный	35	5,4

В остром периоде инсульта за исследуемый период умерло 130 больных (13,6%). Этот показатель несколько ниже, чем в аналогичных отделениях г. Иркутска и г. Смоленска (16% и 23% соответственно). Летальность у больных с ишемическим инсультом составила 7,5% (51 больной), что также ниже (16,9% и 12,8% соответственно). Умерло 79 больных с геморрагическим инсультом – 28,8% (58,8% и 45,5% соответственно) [5, 6]. Более низкий показатель больничной летальности в нашем отделении, вероятно, можно объяснить точной диагностикой типа инсульта и качеством оказываемой помощи, а значительное отличие в проценте летальности при геморрагическом инсульте – своевременным выполнением нейрохирургических вмешательств.

Благодаря внедрению мультидисциплинарного подхода в осуществлении мероприятий ранней нейрореабилитации, количество больных с инсультом, независимых в повседневной жизни (общий балл по шкале Рэнкин меньше 2), к концу срока госпитализации составило 566 человек (59,3%), из них 7,5% имели сочетанную атеросклеротическую патологию экстракраниальных артерий.

Выводы

1. В структуре острых нарушений мозгового кровообращения преобладают инфаркты мозга. Ведущим патогенетическим механизмом их развития является атеротромбоз.

2. Наиболее значимыми факторами риска развития острых нарушений мозгового кровообращения являются артериальная гипертензия и дислипидемия.

3. Полный охват пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения методами нейровизуализации позволяет своевременно и точно определить характер инсульта.

4. Процент больных ИИ, которым была проведена тромболитическая терапия, составил 2,5%; процент оперативных вмешательств по поводу латеральных внутримозговых кровоизлияний в остром периоде ГИ – 32,8%, что сопоставимо с общероссийскими данными.

5. Показатель больничной летальности в отделении для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения составил 13,6%, что можно связать со своевременностью диагностики характера инсульта и качеством оказываемой помощи.



ЛИТЕРАТУРА

1. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. Руководство для врачей. / Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 288 с.
2. Симоненко В.Б., Широков Е.А. Превентивная кардионеврология. С.-Пб: Фолиант, 2008. 224 с.
3. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. Сборник методических рекомендаций. / Под ред. В.И. Скворцовой. М.: Литтерра, 2007. 192 с.
4. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий. Журн. невропатологии и психиатрии. 2007. № 8. С. 4-10.
5. Алфимова Г.Ю. Анализ основных клинико-эпидемиологических показателей и факторов риска мозгового инсульта в Смоленском регионе (по данным регистра мозгового инсульта). Автореф. к. м. н. М. 2010. 23 с.
6. Биденко М.А., Шпрах В.В., Мартыненко Е.А. Структура, исходы и факторы риска мозговых инсультов по данным госпитального регистра в г. Иркутске. Сибирский медицинский журнал. 2008. № 4. С. 61-64.