

1. Цереброваскулярная патология

Регистр инсульта как научная основа профилактики и организации медицинской помощи населению

О. С. Ефимова, А. А. Белкин, Е. А. Пинчук

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава»,
«Клинический Институт Мозга» Средне-Уральского Научного Центра РАМН,
Клиника неврологии и нейрохирургии МУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург

Резюме

Эпидемиологическая ситуация в мире по цереброваскулярной патологии характеризуется повсеместной распространенностью и высокой заболеваемостью. Цереброваскулярные болезни занимают ведущие места среди причин смертности и инвалидизации населения.

Органы официальной статистики Российской Федерации регистрируют цереброваскулярные заболевания в целом, не выделяя инсульты отдельно. Поэтому достоверные данные о заболеваемости инсультами, смертности и инвалидизации при них по России отсутствуют.

Целью проведения Регистра инсульта в г. Екатеринбурге является изучение эпидемиологии инсультов, получение достоверных данных о заболеваемости, смертности и летальности от инсультов, а также разработка эффективных мер вторичной профилактики.

Ключевые слова: Регистр инсульта, инсульты, эпидемиология, заболеваемость, смертность, летальность, факторы риска, вторичная профилактика.

Введение

Национальный проект «Здоровье» определяет основные задачи развития и модернизации здравоохранения на ближайшие годы. Наряду с повышением доступности первичной медико-санитарной помощи приоритетом является усиление профилактической направленности здравоохранения.

Эпидемиологическая ситуация в мире по цереброваскулярным болезням в настоящее время характеризуется как неблагоприятная. Общее число больных превышает 50 млн. человек. Широко известна высокая летальность у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, смертность от цереброваскулярной патологии занимает третье место среди всех причин смертности [6, 9]. Высокий удельный вес инвалидизации.

По прогнозам, к 2020 году распространенность цереброваскулярных заболеваний увеличится на 75%, заболеваемость инсультом в мире поднимется с шестого места в ряду причин за-

болеваемости на четвертое [6, 8]. Это связано с «постарением» населения и увеличением доли лиц, подверженных риску заболеваний.

Органы официальной статистики Российской Федерации регистрируют цереброваскулярные заболевания в целом, не выделяя инсульты отдельно. Поэтому достоверные данные о заболеваемости инсультами, смертности и инвалидизации при них по России отсутствуют. По данным ряда авторов, ежегодно в России инсульт поражает более 400 тысяч человек [2, 4, 5].

В Свердловской области, как и во всей стране, инсульт относится к числу важнейших проблем здравоохранения, имеет большое социально-экономическое значение.

В связи с вышеизложенным, актуальность разработки новых технологий по профилактике цереброваскулярных заболеваний, в первую очередь инсультов, является несомненной.

Для планирования профилактических мероприятий на территории, в первую очередь, необходимо изучение эпидемиологической ситуации.

Методика регистра является единственным методом эпидемиологического изучения инсульта, позволяющим получить достоверные данные о заболеваемости, смертности, летальности при этой патологии. Регистр также предоставляет возможность для оценки медицинских и социально-экономических последствий инсульта и эффективности работы по профи-

О. С. Ефимова — к. м. н., зам. декана медико-профилактического факультета ГОУ ВПО «УГМА Росздрава»;

А. А. Белкин — д. м. н., профессор, директор «Клинического Института Мозга», главный невролог УЗО г. Екатеринбурга, зам. главного врача МУ ГКБ № 40 по неврологии и нейрохирургии;

Е. А. Пинчук — к. м. н., рук. Городского центра вторичной профилактики инсульта;

лактике острых нарушений мозгового кровообращения [2, 3].

Результаты и их обсуждение

В г. Екатеринбурге в Клинике неврологии и нейрохирургии МУ ГКБ №40 создана Служба Регистра инсульта.

Целью проведения Регистра инсульта в г. Екатеринбурге является изучение эпидемиологии инсультов, их исходов, разработка и оценка эффективных мер профилактики.

Задачи Регистра инсульта:

1. Регистрация данных обо всех случаях госпитализации больных с инсультами.

2. Оценка эффективности мер вторичной профилактики инсультов.

3. Стандартизация подходов к ведению больных, перенесших инсульт.

Основными популяционными эпидемиологическими характеристиками, изучаемыми на основании данных Регистра инсульта, являлись заболеваемость, смертность и летальность.

Заболеваемость — число новых случаев инсульта, возникших за определенный срок (год), рассчитанное на 1000 жителей.

Смертность — количество случаев инсульта, закончившихся летально (за год), рассчитанное на 1000 жителей.

Летальность — доля смертельных случаев инсульта относительно всех зарегистрированных случаев заболевания (в процентах).

Пациент включается в Регистр инсульта в случае, если его состояние соответствует диагностическим критериям инсульта.

Инсульт — клинический синдром, характеризующийся внезапно возникшими клиническими жалобами, очаговым и (или) общемозговым неврологическим дефицитом в ЦНС, развивающимися в результате церебральной ишемии или геморрагии [1].

Выделяют первичные случаи инсульта (развился у данного больного впервые в жизни) и повторные случаи инсульта (развился у больного, перенесшего инсульт в прошлом). Чтобы отличить первичный инсульт от повторного, необходимо иметь информацию о времени, прошедшем от начала развития заболевания. В соответствии с общепринятыми рекомендациями таким периодом мы считали 28 дней.

Инсульт, произошедший после 28 дня от начала первого инсульта, рассматривается как повторный и вносится в Регистр под новым номером.

Разработана форма регистрационной карты на больного с инсультом (таблица). В карту включены следующие разделы: паспортная часть, информация об инсульте, факторы риска развития инсульта, методы диагностики и лечения, исход заболевания.

Совместно со специалистами медицинского информационно-аналитического центра «Мединком» разработана информационная система АРМ «Регистр инсультных больных». Программный продукт подготовлен в Delphi 7 для СУБД «Access».

«Регистр инсультных больных» имеет простой и удобный интерфейс установки, который позволяет устанавливать ее на любые компьютеры с операционной системой «Windows». АРМ устанавливается во всех неврологических отделениях стационаров г. Екатеринбурга.

Регистрации подлежат все госпитализированные случаи инсульта у жителей г. Екатеринбурга. Врачами-неврологами проводится сбор персональной информации обо всех больных инсультами, заполняется регистрационная карта и направляется в Городскую Службу Регистра инсульта.

В Службе Регистра инсульта формируется база данных на все случаи инсульта, госпитализированные в городские стационары.

На основании результатов анализа данных Регистра инсульта за 2006 год показано, что заболеваемость инсультами в г. Екатеринбурге находится на достаточно высоком уровне: 2,02 на 1000 взрослого населения (всего зарегистрировано 2065 случаев). Показатель заболеваемости по Екатеринбургу не имеет достоверных отличий от среднего по РФ [1, 2, 7].

При распределении по нозологическим формам выявлено, что ишемические инсульты преобладали над геморрагическими в соотношении 9:1. Полученные данные существенно отличаются от данных по другим регионам (4:1-5:1), что можно объяснить разными периодами наблюдения [3, 7].

В 2006 году зарегистрировано 189 случаев смерти от инсульта. Стандартизированная по возрасту смертность от инсульта составила 0,19 на 1000 населения, что ниже показателей в среднем по России [2, 3]. Анализ летальности показал, что она снизилась за последние годы и составила 9%.

Установлен высокий уровень повторных инсультов — 25,3%, что соответствует общероссийским данным [2]. Заболеваемость повторным инсультом составила 0,51 на 1000 взрослого населения.

Большой удельный вес повторных инсультов свидетельствует о недостаточном проведении профилактических мероприятий на территории г. Екатеринбурга. На предупреждение развития повторных нарушений мозгового кровообращения должны быть направлены мероприятия вторичной профилактики.

Риск повторного нарушения мозгового кровообращения в течение первых нескольких дней после инсульта составляет 2-3%. В даль-

Таблица Форма регистрационной карты на больного с инсультом

Приложение 1

Страховой полис	Код организации	Код территории	ЛПУ
-----------------	-----------------	----------------	-----

Данные пациента		Данные доверенного лица		
Фамилия	Адрес	Фамилия	Адрес	
Имя		Имя		
Отчество	Телефон	Отчество	Телефон	
Дата рождения		Пол 1 – мужской 2 – женский	Рост (см)	Вес (кг)

Уровень образования	1 – нет 2 – незак. начальное 3 – начальное 4 – неп. среднее 5 – среднее 6 – высшее 7 – учен. степень 9 – неизвестно
Социальное положение	1 – рабочий 2 – служащий 3 – частный предприниматель 4 – студент/учащийся 5 – безработный 6 – пенсионер 9 – неизвестно

Информация об инсульте

Дата инсульта	Оценка по Рэнкин	Определенный инсульт	1 – да 2 – нет 3 – нет данных
Положение до инсульта	1 – дома, независ от окружающих	2 – дома, завис от окружающих	3 – общ. учреждение
Повторный ли инсульт	1 – да, подтвержден документально	2 – да, не подтвержден документально	
3 – нет, подтверждено документально	4 – нет, не подтверждено документально	5 – недостаточно данных	
Дата госпитализации	Дата вызова СМП	Дата 1-го контакта СМП	
Время появления симптомов	Время вызова СМП	Время первого контакта СМП	
Кто фиксировал появление симптомов	1 – свидетель 2 – пациент		
Канал поступления	1 – СМП 2 – больничная перевозка 3 – внутрибольничный инсульт 4 – воздушный 5 – другое 6 – самообращение 7 – МЧС 8 – ЗСТС 9 – неизвестно		

Проводила СМП терапию	1 – да 2 – нет 3 – неизвестно	Перечислить препараты
Время поступления	Дата первого осмотра	Время первого осмотра
АД при поступлении	ЧСС при поступлении	Глюкоза при поступлении
Диагноз при поступлении 1 – ишемический инсульт 2 – геморрагический инсульт неустановленный тип 3 – субарахноидальное кровоизлияние 4 – внутримозговое кровоизлияние 5 – острое неопределенное ЦВЗ 6 – ТИА 9 – неопределенный инсульт		Неврологическая симптоматика при первом осмотре (1 – да, 0 – нет, 9 – неизвестно) Нарушение сознания Слабость/парез Нарушение речи Нарушение координации Бульбарный синдром Нарушение чувствительности Другая
Тип инсульта 1 – I60 5 – I62.0 9 – I63.3 13 – I65 17 – I67.6 2 – I61 6 – I62.9 10 – I63.4 14 – I66 18 – I69 3 – I62 7 – I63 11 – I63.9 15 – I67 19 – G45 4 – I62.1 8 – I63.0 12 – I64 16 – I67.4 20 – G95.1		Патогенез инсульта 1 – Атеротромботический 2 – Кардиоэмболический 3 – Лакунарный 4 – Инсульт др. известной этиологии 5 – Инсульт неизвестной этиологии
Бессейн 1 – ЛВСА 2 – ПВСА 3 – ВББ 4 – Неизвестно		
Верификация типа инсульта 1 – Только клинические данные, 2 – Диагностические методы		

Отделения, где лечился (1 – да, 0 – нет, 9 – неизвестно)	Проведенные диагностические исследования (1 – да, 0 – нет, 9 – неизвестно)
Блок интенсивной терапии	Ангиография
Терапия	УЗИ каротидных артерий
Неврологическое	КТ
Нейрохирургическое	ЭКГ
Реабилитации	Люмбальная пункция
Специализированное инсультное отделение	МРТ
Другое	Другие
Время проведения КТ/МРТ от начала инсульта	1 – до 24 часов, 2 – от 24 часов до 7 дней, 3 – от 8 до 14 дней, 4 – больше, чем 14 дней, 5 – Не проводилось, 9 – Неизвестно

Профиль липидов	ЛПВП	ЛПНП	Триглицериды	Холестерин
-----------------	------	------	--------------	------------

Факторы риска			
(1 – да, 0 – нет, 9 – неизвестно)			
Мерцательная аритмия		Инсульт или инфаркт миокарда в семейном анамнезе	
Курение		Генетическая предрасположенность	
Атеросклероз		Малоподвижный образ жизни	
ПНМК/инсульт в анамнезе		Ожирение	
ИБС		Хроническая инфекция	
Особенности питания		Стресс	
Пероральные контрацептивы		Дислипидемии	
Склонность к алкоголизму		Самопроизвольные прерывания беременности	
Сахарный диабет		1-Да 0 – Нет 2 – I тип 3 – II тип 4 – неизвестно	
Артериальная гипертензия		1-Да 2-Нет 3-I стад. 4-II стад. 5-III стад. 6-неизвестно	
Риск сердечно сосудистых осложнений		0-Нет 1-1 2-2 3-3 4-4 5-неизвестно	
Наличие инфаркта миокарда		1-Да 2-Нет 3-неизвестно	
Дата инфаркта миокарда			
Порок сердца		1-Да 2-Нет 3-неизвестно	
Оперированный порок		1-Да 2-Нет	

Санаторно - курортное лечение

Озеро Чусовское	1 – Да 2 – Нет	Другие	1 – Да 2 – Нет
Руш	1 – Да 2 – Нет		

Лечение/вторичная профилактика

Операции при госпитализации (1-да, 0-нет, 9-неизвестно)		Получал ли препараты в стационаре	
Клипирование аневризм		(1-да, 0 – нет, 9 – неизвестно)	
Эмболизация аневризм		Антикоагулянты	
Открытое удаление гематомы		Антиагреганты	
Стереотаксическая аспирация гематомы		Тромболитические средства	
Гемикраниотомия		Противодиабетические	
Каротидная эндартерэктомия		Статины	
Каротидное стентирование/ангиопластика		Гипотензивные	
Лечебная гипотермия		Другие	
ИВЛ			

Тромболитическая терапия

Дата введения	Время введения
Симптоматическое кровоизлияние возникло в течение	36 часов 1 – да, 0 – нет, 9 – не проводилась
Системное кровоизлияние возникло	1 – да, 0 – нет, 9 – не проводилась

Назначались ли следующие препараты в больнице (1-да, 0-нет, 9-неизвестно)

Гепарин	Глицин	Пентоксифиллин
Тиклид	Церебролизин	Вессел – Дуэф
Варфарин	Семакс	
Плавикс	Танакан	
Дипиридамол	Мексидол	
Агренокс	Нимодипин	
Сернокислая магнезия	Эмоксипин	
Аспирин	Кавинтон	
Другие (укажите)		
Назначались ли при выписке гипотензивные препараты (1-да, 0-нет, 9-неизвестно)		
Ингибиторы АПФ	Блокаторы Са-каналов	
В-блокаторы	Диуретики	
Другие		
Укажите, кем был осмотрен пациент (1-да, 0-нет, 9-неизвестно)		
Терапевт	Логопед	
Психотерапевт	Оценка глотания	
Осложнения во время госпитализации (1-да, 0-нет, 9-неизвестно)		
Тромбоз вен		
Другие сердечно-сосудистые осложнения		
Пневмония		

Выписка	
Диагноз при выписке (МКБ)	При выписке пациент 1 – Жив, 2 – Умер
Дата выписки	Дата смерти
Куда выписан 1 – Домой 2 – Другая больница/другое отделение 3 – Общественное учреждение	Выполнение аутопсии 1 – Да, в больнице 2 – Да, суд. Мед. Экспертиза 4 – Нет 9 – Неизвестно
Оценка по Рэнкин при выписке	

Проведена ли оценка состояния на 28 день 1 – да 2 – нет, нет контакта 3 – нет, пациент отказался	Дата оценки состояния пациента Дата смерти, если умер к 28 дню
Как проводилась оценка на 28 день 1 – Только по медицинским записям 2 – Осмотр 3 – По телефону 4 – По почте 5 – Другое 6 – Не проводилась	Исход на 28 день 1 – Пациент выжил 2 – Пациент умер 3 – Неизвестно
Оценка по Рэнкин на 28 день	Если жив, его местонахождение 1 – Дома 2 – В общественном учреждении 3 – В больнице

нейшем частота повторных инсультов составляет до 16% в течение первого года, около 5% ежегодно. Общий риск повторного нарушения мозгового кровообращения составляет 4-14% в первые два года после перенесенного инсульта [6].

Высоким является риск развития инсульта у больных с преходящими нарушениями мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки) — 5-7% в первые несколько дней, и 10% — в течение 3 месяцев, в 10 раз превышая риск развития острых нарушений мозгового кровообращения в общей популяции людей того же пола и возраста [11].

Организация и проведение вторичной профилактики должны быть основаны на стратегии высокого риска, которая включает выявление людей с высоким уровнем риска развития инсульта, назначение профилактического лечения для его снижения. Данная технология определяется факторами риска.

В рамках проведения Регистра инсульта изучались факторы риска развития инсульта.

По нашим данным, наиболее распространенным фактором риска является артериальная гипертензия — диагностирована у 98,0% больных. В различных регионах РФ этот показатель составляет от 77,1% до 97,3% [3, 7].

Наиболее значимыми, среди других изучавшихся факторов риска, являются заболевания сердца — 44,0%, курение — 28,3%, ранее перенесенный инсульт — 25,2%, мерцательная аритмия — 24,4%, сахарный диабет — 13,8%. Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен у 10,9% больных.

Среди проблем, выявленных нами в процессе анализа, следует отметить недостаточный охват больных с инсультом нейровизуализирующими методами — доля пациентов с инсультом, которым в остром периоде было выполнено КТ или МРТ головного мозга составила 15,6% (в среднем по РФ — 20% [7]).

Таким образом, проведенный анализ данных Регистра инсульта за 2006 год позволил выявить следующее:

1. Заболеваемость инсультами в г. Екатеринбурге находится на достаточно высоком уровне.

2. Ишемические инсульты преобладают над геморрагическими в соотношении 9:1.

3. Высокий уровень развития повторных инсультов.

4. Наиболее распространенными факторами риска развития инсульта являются артериальная гипертензия, заболевания сердца, курение.

Создание Регистра инсульта является необходимым для получения достоверных данных по эпидемиологии инсультов и разработки мероприятий, направленных на предупреждение острых нарушений мозгового кровообращения.

Литература

- Белкин А. А., Волкова Л. И., Лейдерман И. Н. Инсульт: Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (профилактика, диагностика, лечение) на догоспитальном и госпитальном этапах. Екатеринбург: Изд. Уральского университета, 2006.
- Варакин Ю. Я. Эпидемиологические аспекты профилактики нарушений мозгового кровообращения. Атмосфера. Нервные болезни 2005; 2: 4-10.
- Верещагин Н. В., Варакин Ю. Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы. Журнал неврологии и психиатрии. Приложение «Инсульт». 2001; выпуск 1: 34-40.
- Гусев В. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. Москва: Медицина, 2001.
- Скворцова В. И. Медицинская и соц. значимость проблемы инсульта. Качество жизни. Медицина 2004; 4 (7): 2-6.
- Скворцова В. И., Стаховская Л. В. Современные подходы к профилактике инсульта. Качество жизни 2004; том 4. №2: 10-12.
- Скворцова В. И., Стаховская Л. В., Айриян Н. Ю. Эпидемиология инсульта в Российской Федерации. Неврология 2005; том 07. №1: 1-6.
- V. Gijn J. Relieving the burden of stroke. The Urals Medical Journal 2006; Supplement 1: 107-109.

Полный список литературы см. на сайте umj.ru