

ционального функционирования, общее восприятие здоровья сельскими жителями Свердловской области относительно пессимистично, и имеет субъективно более низкую оценку.

3. Прогрессивное ухудшение показателей качества жизни (в большей степени его физической составляющей) ассоциировано с увеличением возраста респондентов, а также с вероятностью наличия тревожного, депрессивного расстройства, и подверженностью психологическому стрессу.

Литература

1. Новик А. А. Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби, 1999. 140.
2. Суркова Е. В. Анциферов М. Б., Майоров А. Ю. Качество жизни как важнейший показатель эффективности лечения сахарного диабета в XXI веке. Сахарный диабет. 2000; 1: 23-25.
3. Aaronson N. K. Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues. Control Clin. Trials. 1989; 10: 195-208.
4. Bowling A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press, 1996. 208.
5. Шевченко Ю. А. Качество жизни в кардиологии. Вестник РВМА. 2000; 9: 5-15.
6. Rumsfeld J. S., McWhinney S., McCarthy M. et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality following coronary artery bypass heart surgery. Participants of the Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Processes, Structures and Outcomes of Care in Cardiac Surgery. J.A.M.A. 1999; Vol. 281, 14: 1298-1303.
7. Strangers M.A.G. de Regt E.B., Andries F. Which chronic conditions are associated with better poorer quality of life? J Clin Epidemiol. 2000; 53: 895-907
8. Williams G. H. Assessing patients wellness: new perspectives on quality of life and compliance. AJN. 1998; Vol 11. 2: 186-191.
9. Смулевич А. Б. Пограничная психическая патология в общемединской практике. М.: Русский врач, 2000. 160.
10. Смулевич А. Б. Депрессии в общемединской практике. М.: Бепер, 2000. 160.
11. Sartorius N., Harding T. W. The WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. In: genesis of the study. Am. J. Psychiatry 1983; 140: 1470-1473.
12. Stefanis C., D., Jadd L.L., Sartorius N et al. WPA/PTD Educational Program on Depressive Disorders. Module 1-4. NCM Publishers. Inc. New York, 1997.

Регистр инсульта как компонент организации вторичной профилактики инсульта

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

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.

Ефимова Ольга Сергеевна — к. м. н., заместитель декана медико-профилактического факультета ГОУ ВПО «УГМА Росздрава»;

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

Пинчук Елена Анатольевна — к. м. н., руководитель Городского центра вторичной профилактики инсульта;

Слободенюк Александр Владимирович — д. м. н., профессор, зав. кафедрой эпидемиологии ГОУ ВПО «УГМА Росздрава».

Ключевые слова: Регистр, инсульт, 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 заболеваемости на четвертое [6, 8]. Это связано с «постарением» населения и увеличением доли лиц, подверженных риску заболевания.

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 профилактике острых нарушений мозгового кровообращения [2, 3].

Материалы и методы

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, являются 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, очаговыми и (или) общемозговым неврологическим дефицитом в центральной нервной системе, 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. 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.

Результаты и их обсуждение

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 дальнейшем 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 компьютерная томография или магнитно-резонансная томография 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

1. 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: Издательство Уральского университета, 2006.
2. Варакин Ю. Я. Эпидемиологические аспекты профилактики нарушений мозгового кровообращения. Атмосфера. Нервные болезни 2005; 2: 4-10.
3. 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.
4. Гусев В. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. Москва: Медицина, 2001.
5. Скворцова В. И. Медицинская и соц. значимость проблемы инсульта. Качество жизни. Мед. 2004; 4 (7): 2-6.
6. Скворцова В. И., Стаховская Л. В. Современные подходы к профилактике инсульта. Качество жизни 2004; том 4/№2: 10-12.
7. Скворцова В. И., Стаховская Л. В., Айриян Н. Ю. Эпидемиология инсульта в Российской Федерации. Неврология 2005; том 07/№1: 1-6.
8. V. Gijn J. Relieving the burden of stroke. The Urals Medical Journal 2006; Supplement 1: 107-109.
9. Heart and Stroke Statistical Update. American Heart Association, 2000: 28.
10. Lindgren A. Secondary stroke prevention. The Urals Medical Journal 2006; Supplement 1: 83-86.
11. Skvortsova V.I. Modern Aspects of the Treatment of Ischemic Stroke The Urals Medical Journal 2006; Supplement 1: 91-95.

К проблеме повышения эффективности медицинской профилактики онкологических заболеваний

Е. В. Ползик, В. Л. Лежнин, И. А. Шутова, С. А. Никифоров

Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здравоохранения, г. Екатеринбург

Резюме

Целью работы является разработка новых технологий скрининга для повышения эффективности медицинской профилактики онкологических заболеваний. Рассмотрены основные недостатки существующих методов организации скрининговых программ в онкологии. Представлены результаты собственных исследований по разработке нового метода оценки индивидуальной предрасположенности к злокачественным новообразованиям и его апробации. Приведены данные об аппаратном комплексе, созданном для реализации разработанной технологии скрининга в практической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений по профилактике онкологических заболеваний.

Ключевые слова: медицинская профилактика, злокачественные новообразования.

Онкологические заболевания на протяжении нескольких десятилетий остаются одной из наиболее острых проблем общественного здоровья. Несмотря на усилия, прилагаемые мировым научным сообществом, до сих пор не удается приостановить рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗН). В частности, в Российской Федерации за период с 1991 по 2005 гг. она увеличилась на 24,2% и достигла уровня в 330,5 впервые установленных случаев ЗН на 100000 населения. Тот факт, что этот рост происходит на фоне активного

развития диагностических и лечебных технологий, дает основания считать первичную профилактику главной в системе мер по борьбе с онкологическими заболеваниями.

Профилактическая направленность всегда была одним из основных принципов отечественного здравоохранения. Развитию его уделяется внимание и в настоящее время. В частности, одним из трех разделов приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения является «Усиление профилактической направленности», в котором предусмотрено значительное расширение масштабов профилактических осмотров и диспансеризации населения. Однако эффективность имеющихся в арсенале врачей технологий по профилактике рака остается невысокой [5]. Согласно опубликованным данным, выявляемость онкологических больных в ходе массовых осмотров составляет лишь 0,01- 0,67% [1, 2, 4], причем в основном за счет ЗН визуальных локализаций. По мнению специалистов, основным способом

Ползик Евгений Владимирович — д. м. н., профессор, заместитель директора по научной работе НПЦ «Уралмедсоц.экономпроблем»;

Лежнин Владимир Леонидович — к. м. н., зав. лабораторией экологической медицины Института промышленной экологии Уро РАН;

Шутова Ирина Андреевна — к. м. н., главный врач поликлиники №10 г.Тюмени

Никифоров Сергей Арнольдович — к.м.н., консультант НПЦ «Уралмедсоц.экономпроблем».