

УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сатанина У.С.

Московский государственный университет управления, г. Москва

Современные медицинские технологии позволяют в значительной степени снизить смертность и уменьшить негативные последствия перенесенного ОНМК, однако, их применение сопряжено с необходимостью принятия организационных мероприятий, позволяющих получить данную медицинскую помощь: необходимо обеспечить своевременно оказание экстренной помощи в организации, обладающей медицинской технологией; необходимо обеспечить доступность реабилитации, а при необходимости – паллиативной медицинской помощи.

Москва и Московская область являются субъектами Российской Федерации, в которых многое сделано для организации медицинской помощи больным с ОНМК, одновременно с этим, имеются значительный потенциал дальнейшего развития организационных подходов, что определяется имеющейся инфраструктурой, ресурсами здравоохранения.

Сосудистые заболевания головного мозга продолжают оставаться важнейшей медико-социальной проблемой современного общества, что обусловлено их высокой процентной долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности.

Согласно данным регистра Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом - заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения в России составляет 2,5-3,52 случая на 1000 населения в год, а смертность в остром периоде ОНМК достигает 35%, увеличиваясь на 12-15% к концу первого года; в течение 5 лет после инсульта умирают 44% пациентов [1].

Наиболее высокая смертность регистрируется при обширных инсультах в каротидном бассейне (60% в течение первого года).

Постинсультная инвалидизация занимает 1-е место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10000 населения [6].

Высокие показатели заболеваемости, смертности и инвалидизации населения вследствие мозговых инсультов, ставят профилактику и лечение данного заболевания в один ряд с самыми актуальными проблемами современности [3]. Согласно данным регистров инсульта в России, ежегодно происходит более 400 тысяч инсультов, летальность при которых достигает 35-45%. Как отмечают в своих трудах авторы [1], в структуре инсультов 75-80% занимают ишемические инсульты. Говоря о причинах очаговой ишемии головного мозга, авторы [4] отмечают как наиболее частую причину: тромбоз или эмболию экстра-или интракраниальных артерий, а также гипоперфузию мозга на фоне гемодинамически значимых стенозов артерий головного мозга.

По мнению зарубежных авторов [5] инсульт является глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. По данным ВОЗ, влияние здравоохранения на уровень состояния общественного здоровья, включая заболеваемость, составляет 10%, тогда как вклад медицины в снижение смертности достигает 40% (академик РАМН О.Щепин).

Проблема мозгового инсульта (МИ) в России приобретает все большую медико-социальную значимость в связи с ростом распространенности общей сердечно-сосудистой патологии [5, 7, 8, 9], увеличением среди населения численности лиц пожилого и старческого возраста, высоким уровнем инвалидизации лиц, перенесших инсульт.

В системе этапного оказания медицинской помощи больным ОНМК до- госпитальному этапу отводится важная роль. Его задачами являются: оказание врачебной помощи, ранняя диагностика, быстрая и безопасная транспортировка больного в специализированное отделение больницы (или специализированные сосудистые центры).

Наиболее значимыми факторами риска развития инсульта являются артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, дислипидемии, атеросклероз, вызывавшие ежегодно высокую заболеваемость (2,5-3,2‰), смертность (0,23- 0,37‰) и летальность (9,2-13,6%).

По данным автора (Feigin V.L., 2014.) ежегодно около 17 миллионов человек страдают от инсульта, 70% из которых живут в странах с низким или средним уровнем доходов.

Цереброваскулярная патология, особенно острые нарушения мозгового кровообращения, являются одной из сложнейших проблем медицины. За один год в США происходит около 780 тыс. инсультов, в Северной Америке в целом (США и Канада) – 1,2 млн., в странах Европейского Союза – до 1 млн., в остальном мире – около 10 млн. инсультов.

По данным российских авторов (Верещагин Н.В., 2004; Сидоренко Б.А. и др., 2007; Парфенов В.А., 2009; Feigin V.L. et al., 1995; Rosamond W. et al., 2008; Lloyd-Jones D. et al., 2009) среди зарегистрированных инсультов чаще встречаются ишемические, составляя 70-85% в общей структуре заболеваемости ОНМК. В возрастном аспекте в популяции 50-55 лет частота ишемических инсультов увеличивается в 1,8-2,0 раза в каждом последующем десятилетии жизни (Румянцев С.А. и др. 2017г). Если учесть демографическое старение населения и отсутствие контроля над факторами риска, последует дальнейший рост пациентов с ОНМК (Скворцова В.И. и др., 2009; Lewsey J.D. 2009).

Ежегодно инсульт дебютирует у 5,6-6 млн. человек. При отсутствии активных глобальных мер по борьбе с этой эпидемией прогнозируется рост смертности от инсульта до 6,7 млн. в 2015 г. и 7,8 млн в 2030 г. [10,11].

Социально-экономическое значение мозгового инсульта обусловлено и тем, что он является причиной стремительного роста расходов на стационарную помощь.

Прямые и косвенные затраты на больных, перенесших ОНМК на 2010 год в США составили 73,7 млрд долларов (Lloyd-Jones D. et al., 2010), в Западной Европе на лечение и реабилитацию каждого постинсультного больного расходуется в среднем 33 тыс. евро в год (Meyers P.M. et al., 2009). В экономически развитых странах (США, Великобритании, Шотландии и Нидерландах) на оказание медицинской помощи при мозговом инсульте приходится около 3-4% всех расходов на здравоохранение [14]. В Финляндии 6,1 % всех расходов на здравоохранение и медико-социальную помощь приходится на пациентов с инсультом [14]. Например, в Великобритании годовые суммарные общественные затраты (прямые и непрямые), связанные с оказанием помощи пациентам с инсультом,

оцениваются в 8,9 млрд. фунтов стерлингов. Годовые затраты на лечение и уход на одного пациента, перенесшего инсульт, в Германии достигают 109 тыс. евро. В США стоимость 1 случая лечения инсульта, в зависимости от тяжести состояния и проводимого лечения, составляет от \$ 3300 до \$ 23800. Общие годовые расходы, отражающие этапное лечение острого мозгового инсульта как события, долгосрочное лечение, профилактику и социальный уход составили около \$ 65,5 млрд. Показано, что проведение тромболизиса больным инсультом в острой фазе болезни в условиях отделений интенсивной терапии (ОИН) уменьшает летальность на 17%, а развитие инвалидности на 25% . В Великобритании средняя стоимость лечения в стационаре больных с мозговым инсультом составила \$10241, в т.ч. с субарахноидальным кровоизлиянием - \$23777 (длительность лечения-11,5 дней), внутримозговым кровоизлиянием - \$10241 (длительность лечения -7,5 дней), ишемическим инфарктом мозга - \$5837 (длительность лечения - 5,9 дней), транзиторной ишемической атакой - \$3350 (длительность лечения -3,4 дней) [16].

В России (2007 г.) стоимость лечения одного больного, перенесшего инсульт, включая стационарное лечение, медико-социальную реабилитацию и вторичную профилактику, составила 127 тыс. рублей в год, а не прямые расходы на инсульт, оцениваемые по потере ВВП из-за преждевременной смерти, инвалидности и временной нетрудоспособности населения обходятся государству еще в 304 млрд. рублей в год. По данным ВОЗ, за период 2005-2015 гг. потеря ВВП в России из-за преждевременных смертей от сосудистых причин может составить 8,2 трлн. рублей. Расходы на лечение больных сосудистой патологией мозга достигают до 20% всех затрат на здравоохранение России.

По данным проведенного исследования Барашковым Н.С. (2010) прямые затраты на стационарное лечение на одного пациента для острого периода ишемического инсульта составили 22,004 руб. (\$734,5), для геморрагического инсульта - 32538 руб. (\$1085), для преходящего нарушения мозгового кровообращения – 14526 руб. (\$ 484), соответственно [15]. В первые 6 месяцев после выписки больного, перенесшего инсульт, из стационара в среднем на услуги и препараты требовалось около 42,645 рублей (\$ 1336,8). В структуре стоимости пролеченного больного мозговым инсультом стоимость диагностических мероприятий составила -

25%, стоимость лечения – 23%, стоимость пребывания в стационаре -52%. Стоимость последующих 6 месяцев лечения инсульта в среднем составила 13,561 рублей (\$ 425,1). Таким образом, на лечение пациента каждые 6 месяцев требуется около 9996,69 рублей (\$ 313,4).

Показатель смертности от ОНМК в Московской области по состоянию на сентябрь 2017 года составляет 103,7 на 100 тысяч населения (за соответствующий период 2016 года – 124,9). В Московской области за январь-июль 2017 года зарегистрировано 16622 случаев инсульта, умерших 3815, летальность составила – 23%. За период с января по август летальность по ишемическому инсульту — 20,4%, по геморрагическому – 44,7%. (территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Московской области, 2017г).

Многими исследователями отмечена тенденция к омоложению контингента больных с сосудистыми заболеваниями мозга. ОНМК у мужчин и женщин молодого возраста из разряда казуистики стали повседневной реальностью и порой вызывают существенные трудности в диагностике и тактике ведения таких больных.

Большинство пациентов имеют сопутствующие заболевания, которые увеличивают риск повторного ОНМК и снижают возможность больного участвовать в активной реабилитации. Среди сопутствующих заболеваний у больных, перенесших ОНМК, значительно чаще встречаются артериальная гипертензия, коронарная патология, ожирение, сахарный диабет, артриты, гипертрофия левого желудочка и сердечная недостаточность.

В России среди пациентов, перенесших инсульт, к трудовой деятельности возвращаются лишь 10% пациентов, 85% требуют постоянной медико-социальной поддержки, а 25% больных остаются до конца жизни глубокими инвалидами.

К 2030 г. прогнозируется рост смертности от инсульта во всем мире до 7,8млн. человек в год, в случае если не будет предпринято активных глобальных мер по борьбе с этой эпидемией (Хачински В., 2007). Согласно данным регистра Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом, в России ежегодно регистрируется около 450 тысяч случаев острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), из которых 200 тысяч случаев заканчиваются летальным исходом. Рост числа

инсультов среди трудоспособного населения нашей страны является одним из самых важных вопросов отечественного здравоохранения (Скворцова В.И., Алексеева Г.С., Трифонова Н.Ю., 2013). Первичный выход на инвалидность после перенесённого острого инсульта находится на уровне 3,2 на 10 тысяч населения, занимая 1-е место среди всех причин первичной инвалидности (Суслина З.А., Варакин Ю.Я., 2009; Петросян К.М., 2014).

Несмотря на то что решающее значение в снижении смертности и инвалидности вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике, существенный эффект в этом отношении дает оптимизация системы помощи больным с ОНМК. Отечественные и зарубежные исследователи считают, что создание современной системы помощи больным с инсультом позволит снизить летальность в течение первого месяца заболевания до 20% и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после начала заболевания не менее 70% выживших пациентов (Суслина З.А., Пирадов М.А., 2009; WHO, 2007).

Создание единой противоинсультной службы, работающей по единым стандартам и технологиям, снижает летальность после инсульта и зависимость пациента от посторонней помощи.

Разработка и внедрение Министерством здравоохранения Российской Федерации Порядков оказания медицинской помощи больным с ОНМК имели важное значение для совершенствования медицинской помощи этой категории больных. В настоящее время одним из основных действующих документов является приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

Подзаконные акты федерального уровня повлекли принятие документов уровня субъекта РФ, в Московской области приказа Минздрава Московской Области от 07 июля 2014 г. N 889 «О порядке взаимодействия между медицинскими организациями при оказании медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в Московской области».

Инсульт представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), которое характеризуется внезапным (в течение минут, реже – часов) появлением очаговой

неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

1) ишемический инсульт (инфаркт мозга), обусловленный острой фокальной церебральной ишемией, приводящей к инфаркту (зона ишемического некроза) головного мозга;

2) геморрагический инсульт (нетравматическое внутримозговое кровоизлияние), обусловленный разрывом интрацеребрального сосуда и проникновением крови в паренхиму мозга или разрывом артериальной аневризмы с субарахноидальным кровоизлиянием.

Применяется: I. Международная классификация ОНМК по МКБ-10:

G45 - Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы

I60 - Субарахноидальное кровоизлияние

I61 - Внутримозговое кровоизлияние

I62 - Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние

I63 - Инфаркт мозга

I64 - Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт.

II. Классификация ОНМК (Одинак М.М. с соавт., 1998):

A. С сохранением неврологического дефицита до 24 часов:

1. ТИА.

2. Гипертензивные кризы.

B. С сохранением неврологического дефицита от 24 часов до 3 недель:

1. Острая гипертензивная энцефалопатия.

2. Малый инсульт (с восстановимым неврологическим дефицитом).

C. С сохранением неврологического дефицита более 3 недель:

1. Геморрагический инсульт (нетравматическое кровоизлияние):

1.1. паренхиматозное кровоизлияние;

1.2. желудочковое кровоизлияние;

1.3. субарахноидальное кровоизлияние;

1.4. субдуральное кровоизлияние;

1.5. экстрадуральное кровоизлияние;

1.6. смешанные формы кровоизлияний.

2. Ишемический инсульт:

2.1. Эмболический

2.2. Неэмболический (тромбоз, нетромботическое размягчение).

III. Международная этиопатогенетическая классификация ишемического инсульта TOAST (Adams H.P. et al, 1993): 1) атеротромботический; 2) кардиоэмболический; 3) лакунарный; 4) связанный с другими, более редкими причинами (васкулиты, гиперкоагуляционные синдромы, коагулопатии, диссекция артерий и др.); 5) неизвестного происхождения.

IV. Классификация ишемического инсульта по патогенетическим подтипам (Верещагин Н.В. с соавт., 2000): 1) атеротромботический (34 % случаев), включая артерио-артериальные эмболии (13 %) и тромбозы мозговых сосудов (21 %); 2) кардиоэмболический (22 %); 3) гемодинамический (15 %); 4) лакунарный (22 %); 5) инсульт по типу гемореологической микроокклюзии (7 %).

Главные виновники возникновения инсульта - сердечно-сосудистые заболевания, прежде всего артериальная гипертония и атеросклероз.

Кровоснабжение мозга в норме является автономным, во многом не зависящим от уровня общего кровообращения, так как имеет собственную систему регуляции. Однако эта независимость сохраняется лишь до тех пор, пока систолическое артериальное давление не превышает 180 мм ртутного столба. Если же оно переходит эту грань, то мозговой кровоток начинает пассивно следовать за увеличением общего артериального давления. Функционируя в нормальных условиях, мозг перераспределяет потоки крови между отдельными своими зонами соответственно их энергетическим затратам. Значительное повышение артериального давления может вызвать срыв саморегуляции мозгового кровообращения и нарушение функций мозга.

Непосредственной причиной инсульта становится разрыв или закупорка кровеносного сосуда. При разрыве сосуда происходит кровоизлияние в мозг (геморрагический инсульт) или под оболочки мозга (субарахноидальное кровоизлияние). Но

наиболее распространенный вид инсульта – ишемический, связанный с закупоркой мозговых сосудов. Ишемические инсульты встречаются примерно в четыре раза чаще, чем геморрагические.

Разрыв или закупорка сосуда нарушают нормальное кровоснабжение мозга, а мозговая ткань очень чувствительна к недостатку поступающих с кровью кислорода и глюкозы. Если резко ухудшается приток крови к тому или иному участку мозга и своевременно не включаются сосуды, обеспечивающие коллатеральное (окольное) его кровоснабжение, то могут проявиться различные симптомы: резкая головная боль и головокружение, нарушение сознания и эпилептические припадки, расстройства движений, потеря чувствительности в конечностях, нарушения речи, зрения, координации.

Лечить инсульт надо в зависимости от вызвавшей его причины, установить которую позволяют современные медицинские диагностические технологии. Благодаря новым методам можно установить характер, величину и расположение очага поражения в мозге, а также конкретный механизм нарушений кровообращения. Это необходимое условие для обоснованного выбора способов и средств лечения.

Современные методы исследования по физическим принципам подразделяются на рентгеновские, радиологические, магнитно-резонансные, ультразвуковые, электрофизиологические, реологические. С их помощью можно получить разнообразную информацию как об изменениях в стенках сосудов и веществе мозга (получение изображения), так и о функциональных характеристиках мозгового кровообращения (скорость кровотока по сосудам и другие показатели). Для улучшения качества изображения, оценки состояния мозга используют различные способы контрастирования, функциональные пробы и математическую обработку результатов исследования. Примерно в 30% случаев геморрагического инсульта требуется хирургическое вмешательство.

Важнейшими модифицируемыми ФР, повышающими риск развития инсульта, считаются: артериальная гипертензия любого происхождения, заболевания сердца, фибрилляция предсердий, нарушения липидного обмена, сахарный диабет, патология магистральных артерий головы, гемостатические нарушения. К основным немодифицируемым ФР относятся: пол, возраст,

этническая принадлежность, наследственность. Выделяют также ФР, связанные с образом жизни: табакокурение, избыточная масса тела, низкий уровень физической активности, неправильное питание (в частности, недостаточное потребление фруктов и овощей, злоупотребление алкогольными напитками), длительное психоэмоциональное напряжение или острый стресс. Распространенность основных ФР в России достаточно высока: курят 59,8% взрослых мужчин и 9,1% женщин; имеют артериальную гипертензию 39,9% и 41,1%; гиперхолестеринемия – 56,9% и 55,0%; ожирение – 11,8% и 26,5%, соответственно; избыточно потребляют алкоголь 12,0% мужчин и 3,0 % женщин.

Благодаря использованию методики «Регистр инсульта» были изучены эпидемиологические особенности и факторы риска (база больных с перенесенным ишемическим инсультом (ИИ) – 308 пациентов) с дальнейшим анализом заболеваемости и летальности. Для выявления возможных причин заболеваемости и летальности при ОНМК по ишемическому типу, а также с целью выявления определенных закономерностей, было проведено исследование с анализом основных ФР заболевания за период 01.01.2013 – 31.12.2013 гг.

При изучении и сопоставления ФР, приводящих к ОНМК была набрана группа контроля из 90 человек, которые были идентичны по половому и возрастному составу, а также по периоду времени обследования основной группы больных с ИИ. Данная группа была набрана методом случайной выборки, не включая в себя респондентов, которые ранее могли перенести ОНМК по ишемическому типу. В данной группе всем больным проводились мероприятия, связанные с первичной профилактикой острой церебральной сосудистой катастрофы. Исследования проводились аналогично группе пациентов с ИИ и включали исследование углеводного обмена и гиперхолестеринемии, нарушений сердечного ритма и коррекцию артериального давления.

Сопоставление частоты случаев ИИ у больных различного возраста и пола с количеством проживающих аналогичного пола и возраста были определены величины заболеваемости и летальности на 1 тысячу случаев жителей в год. Эти результаты были соотнесены с показателями смертности.

Заболеваемость ОНМК по ишемическому типу (не принимая в расчет возрастной фактор) статистически достоверной

($p > 0,05$) разницы между женщинами и мужчинами найдено не было. Количество больных, начиная с возрастной группы 51–60 лет, возрастает в 6,8 раз по сравнению с возрастной группой моложе 50 лет, что в числовом выражении соответствовало 3,42/1000 и 0,50/1000).

Так же было отмечено, что данная тенденция продолжала возрастать с последующим десятилетием жизни жителей в 1,3 раза. Группа больных старше 80 лет была отмечена высокой заболеваемостью, которая составила 11,22 случая на 1 тыс. населения в год.

Также следует отметить, что в группе больных (возраст 51–60 лет) заболеваемость ОНМК по ишемическому типу среди женщин значительно меньше заболеваемости среди мужского населения ($t=2,05$; $p < 0,05$). В других же возрастных группах статистически достоверных различий по заболеваемости ИИ между женщинами и мужчинами выявлено не было ($p > 0,05$).

Проводимый анализ летальности позволил отметить, что исследуемые величины за период 01.01.2013–31.12.2013 гг. оказались незначительными. Смертность при ИИ среди женщин до 70 лет достоверно меньше таковой, чем среди мужчин ($t=2,39$; $p=0,039$).

По результатам сравнения достоверной ($p > 0,05$) разницы по летальности между женщинами и мужчинами в отдельных возрастных группах выявлено не было (таблица 4). При этом летальность значимо увеличивалась среди больных в возрастной группе 71–80 лет в сравнении с возрастной группой 61–70 лет (соответственно 1,32/1000 и 2,38/1000 у мужчин; у женщин соответственно 1,04/1000 и 4,37/1000). Было отмечено, что в дальнейшем летальность в группе старше 80 лет возрастала в 2,2 раза. Данный рост может быть объяснен различными факторами, где приоритетным, является увеличение распространенности сопутствующей соматической патологии у пациентов данной возрастной группы.

Показатель общей ранней смертности при ОНМК (смерть пациента наступала в течение первых 28 дней с момента начала развития ОНМК) составил 39,8 %. Данный показатель не отличается от показателей смертности по РФ. Ранняя смертность при ИИ в возрасте от 25 до 75 составила 17 %, в тоже время без учета возраста – 32,0 %.

Проведенный анализ ранней смертности (возрастной фактор не учитывался) продемонстрировал, что статистически достоверной ($p > 0,05$) разницы между женщинами и мужчинами выявлено не было. Смертность при ОНМК по ишемическому типу экспоненциально увеличивается с возрастом больных. Данный факт, возможно, связан с увеличением распространенности сердечно-сосудистой патологии в группе больных более старшего возраста (старше 70 лет). Статистически достоверной ($p > 0,05$) разницы смертности при ИИ в разных возрастных группах между женщинами и мужчинами нами выявлено не было. Максимальные показатели смертности у больных старшего возраста (соответственно 66,8/1000 у мужчин и 72,9/1000 у женщин), что также может быть объяснено максимальным распространением сопутствующей соматической и неврологической патологией у больных данной возрастной группы.

ЦА был выявлен в 296 (96,1%) случаях. Известно, что одним из ведущих ФР является АГ, которая в исследовании была обнаружена в 277 (89,93%) случаях ОНМК по ишемическому типу. Было отмечено, что причиной АГ у больных с ЦА были: 1) симптоматическая АГ при атеросклерозе (соответственно 53,72 %), 2) гипертоническая болезнь (34,88%). ЦА без роста АД было отмечено несколько реже и составило 8,31%, что можно было объяснить преобладанием среди больных лиц, возраст которых был старше 55 лет, страдающих симптоматической АГ в комбинации с церебральным атеросклерозом и ГБ, которая в силу ряда причин распространена в г. Ставрополе значительно реже, чем АС.

Другим значимым ФР следует отнести гиподинамию, которая составила 224 (72,72%) случая. Данный ФР отягощен и по ряду других причин, к которым были отнесены цереброваскулярная и сердечно-сосудистой патология, имеющие наследственную предрасположенность 172 (55,84%) случая. Также наиболее часто можно отнести ИБС, гипертоническую болезнь, инфаркт миокарда в анамнезе, ОНМК у близких (отец, мать) родственников.

Анализ проведенного соответствия вида и распределения признака (факторов риска) по закону нормального распределения случаев был проведен проверкой статистических гипотез в виде распределения с применением критерия Шапиро – Уилка.

Обратило на себя внимание повышение уровня гемоглобина в 58,76% случаев наблюдений. В подавляющем числе случаев была отмечена ишемическая болезнь сердца у 150 пациентов, что составило 48,7% случаев, и нарушения сердечного ритма, что расценивалось как кардиосклероз, приводивший к мерцательной аритмии в 89 (28,61%) случаев. Заболевания органов дыхания в виде бронхиальной астмы, обострения хронического бронхита, эмфиземы, пневмонии, неактивного туберкулеза легких, пневмосклероза было отмечено в 120 (38,96 %) наблюдений. Такие ФР, как сахарный диабет, ранее перенесенный инфаркт миокарда, а также ожирение существенной частоты наблюдений отмечено не было.

Проведенный анализ по результатам исследования дислипидотеидемии не имело достоверного статистического представления, т.к. в силу неинформативности липидограмм (в распоряжении были лишь показатель общего холестерина), в этой связи в дальнейшем мы могли судить лишь о гиперхолестеринемии.

Нами было отмечено значение такого ФР, как курение (26,95% случаев), и не менее серьезный ФР как злоупотребления алкоголем, вследствие чего подразумевалось развитие ОНМК в течение первых 2 суток после употребления или злоупотребления алкоголя, что составило 7,79 % наблюдений.

Скрининг инсульта

Скрининг инсульта представляет собой активное профилактическое выявление основных модифицируемых ФР (артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма, внутрисосудистое тромбообразование, атеросклеротическое стенозы сонных артерий), в том числе и у бессимптомных пациентов. К наиболее широко используемым диагностическим методикам, составляющим основу скрининга ОНМК в популяции, можно отнести следующие:

- 1) контроль АД, ведение дневника АД/ЧСС, при необходимости выполнение суточного мониторирования АД (уровень доказательности А);
- 2) липидограмма (уровень доказательности А);
- 3) коагулограмма (уровень доказательности С);
- 4) уровень глюкозы в крови (уровень доказательности А);

5) аускультация сонных артерий (уровень доказательности С);

6) дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (уровень доказательности В);

7) ЭКГ, при необходимости холтеровское мониторирование ЭКГ и УЗИ сердца (уровень доказательности А).

Основной задачей врача на догоспитальном этапе является правильная и быстрая диагностика ОНМК, что возможно на основании уточнения жалоб, анамнеза и проведения соматического и неврологического осмотра. Точное определение характера инсульта (геморрагический или ишемический) не требуется, оно возможно только в стационаре после КТ или МРТ исследований головного мозга. Для принятия верного тактического решения по адресной госпитализации больного в региональный сосудистый центр или профильный стационар, вероятный тип ОНМК желательно определить уже на догоспитальном этапе. В частности, это необходимо при субарахноидальном кровоизлиянии (отделение нейрохирургии – неотложная эндоваскулярная эмболизация аневризмы артерии мозга) и ишемическом инсульте, который по своим характеристикам соответствует протоколу тромболитической терапии (региональный сосудистый центр – неотложное проведение внутривенного системного тромболиза). Предположительная диагностика ишемического или геморрагического характера инсульта возможна по совокупности определенных признаков. Клиническая картина развития ОНМК характеризуется, как правило, внезапным (в течение минут, реже часов) возникновением очаговой (или общемозговой, а в случае субарахноидального кровоизлияния – менингеальной) симптоматики. Для правильной и своевременной диагностики инсульта семейному врачу необходимо знать и уметь выявить при неврологическом осмотре основные клинико-неврологические синдромы (очаговые, общемозговые, менингеальный), характерные для данного заболевания.

Библиография

1. Верещагин, Н.В. Инсульт. Принципы диагностики лечения и профилактики / Н.В. Верещагин, М.А. Пирадов, З.А. Суслина // – М.: Интермедиа, 2002, 155 с.
2. Верещагин, Н.В. Инсульт: оценка проблемы / Н.В. Верещагин, М.А. Пирадов // Неврологический журнал, 1999; № 5. С. 4–7.
3. Верещагин Н.В., Пирадов М.А., Суслина З.А., 2002; Одинак М.М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С., с соавт., 2003; Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В., 2007; Суслина З.А., 2008
4. Покровский А.В., 2003; Чернявский А.М., 2003; Rothwell P.M., Gutnikov S.A., Warlow C.P., 2003; Goldstein L.B., 2002
5. Sarti C., Rastenyte D., Cepaitis Z., et al., 2000; Howard G., Howard VJ., Katholi C., et al., 2001; National Center for Health Statistics. Health, United States, 2005: With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, 2005; Claire L. Allen, 2008; Shinichiro Uchiyama, Noriaki Nakaya, Kyoichi Mizuno, 2009; Benamer H.TS., Grosset D., 2009),
6. Аптикеева, Н.В. Факторы риска и их коррекция при полушарном ишемическом инсульте у больных с 10-летним катамнезом: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.11 /Н.В.Аптикеева. – Оренбург, 2004.- 23 с.
7. Гусев Е.И., Скворцова Л.В., Стаховская Л.В., Киликовский В.В., Айриян Н.Ю. Эпидемиология инсульта в России // Consilium medicum неврология. – М.: 2003. - №3. - С. 5–7.
8. Карпин В. А., Гудков А. Б., Катюхин В. Н. Мониторинг заболеваемости коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа // Экология человека. - 2003. - №3. – С. 3-8.
9. Nikitin Yu. P, Khasnulin V.I., Gudkov A. B. Contemporary problems of Northern medicine and researchers' efforts to solve them // Vestnik Severnogo (Arkticheskogo) federal'nogo universiteta. Seriya: Mediko-biologicheskie nauki [Vestnik of Northern (Arctic) Federal University. Series: Medical and biological sciences]. – 2014. - №3. – P. 63-72.
10. Khasnulin V. I., Artamonova O. G., Khasnulina A. V., Pavlov A. N. Adaptive types of mobilization of organism adaptive reserves and resistance to hypertension in the North // Ekologiya cheloveka [Human Ecology]. – 2014. - №7. – P. 24-29.
11. Богданов А. Н., Зарайская Н. Г. Эпидемиология инвалидности в ХМАО - Югре и значение сердечно-сосудистых

заболеваний // Наука в современном мире : Матер. VII Международ. науч.-практ. конф-ции. – М.: 2011. - С. 37-39.

12. 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-во УрГУ 2006; 127с.

13. Бурдаков В.В., Ершов В.И. Пути оптимизации ведения больных в острейшем периоде ишемического инсульта. В сб.: Материалы конференции неврологов Оренбургской и Самарской областей «Неотложные состояния в неврологии». Оренбург: Оренбургская губерния 2005: 14–18.

14. Evers SM, Ament AJ, Blaauw G. Economic evaluation in stroke research: A systematic review. Stroke 2000 May;5(31):1046–1053.

15. Барашков Н.С. Клинико-экономические аспекты острых нарушений мозгового кровообращения у больных с артериальной гипертензией^ Автореф. дис. канд. мед. наук. Ульяновск; 2010. 25 с.

16. Epstein D, Mason A, Manca A. The hospital cost of care for stroke in nine European countries. Health Economics 2008 Jan; (17 Suppl. 1): S21–31.

17. Паллиативная помощь. Портал информационной поддержки специалистов ЛПУ. URL: <https://www.zdrav.ru/palliativnaya-pomoshch> (Дата обращения 21.11.2018).

18. Белянская Е. Н., Краснова М. А. Реабилитация после инсульта, 2010.

19. Евзельман М.А., Байраков В.И. Организация помощи больным с цереброваскулярными заболеваниями. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2006; 5: 43–46.

20. Радд А.Г. Методы улучшения стандартов медицинской помощи больным с инсультом. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт 2003; 9: 52–53.

21. Скворцова В.И., Шамалов Н.А., Сидоров А.М., Рамазанов Г.Р., Якимович П.В., Киреев А.С. Организация медицинской помощи больным с церебральным инсультом в

периоде терапевтического окна. Сибирский Консилиум 2006; 4(51): 122.

22. Преображенский, Д.В. Первичная профилактика церебрального инсульта. Часть 1 / Д.В. Преображенский, Б.А. Сидоренко, Т.А. Батыралиев [и д.р.] // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Инсульт. 314 Приложение к журналу, тезисы докладов. - М.: МедиаСфера, 2002. - №6. - С. 19 - 23.

23. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения : методические рекомендации. – Москва, 2000.

24. Инсульт – проблема социальная и медицинская. Наука и жизнь. URL: <https://www.nkj.ru/archive/articles/4157/> (Дата обращения: 20.11.2018).

25. Мухаметзянов А.М. Медико-экономические аспекты инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в г. Уфе // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10-5. – С. 941-944;

26. Карпова Е.Н., Муравьев К.А., Муравьева В.Н., Карпов С.М., Шевченко П.П., Вышлова И.А., Долгова И.Н., Хатуаева А.А. Эпидемиология и факторы риска развития ишемического инсульта // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4.

27. Губский Л.В., Волынский Ю.Д., Лелюк В.Г., Шамалов Н.А., Кириллов М.Г., Рамазанов Г.Р., Анисимов К.В. Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте. Методическое пособие. Под ред. Сковрцовой В.И. М., 2009.

28. Путилина М.В. Особенности комбинированной нейропротекторной терапии острых нарушений мозгового кровообращения // Русский медицинский журнал. Независимое издание для практикующих врачей. – М.: 2007. – №5, Т.15. – 4 с.

29. Стулин И.Д., Мусин Р.С., Белоусов Ю.Б. Инсульт с точки зрения доказательной медицины. Качественная клиническая практика. 2003;(4):100-118.

30. Сковрцова В.И., Шетова И.М., Какорина Е.П., Камкин Е.Г., Бойко Е.Л., Алекия Б.Г., Иванова Г.Е., Шамалов Н.А., Дашьян В.Г., Крылов В.В. Снижение смертности от острых нарушений мозгового кровообращения в результате реализации комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. Профилактическая медицина. 2018;21(1):4-10.