



ЦЕНТР АНАЛИЗА  
ПОЛИТИКИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Документ исследования политики

---

**Анализ верифицированности  
диагноза “инсульт” у лиц, умерших  
на дому**

Бишкек - 2014



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

ДЕН СООГЛУЖ

## РЕФЕРАТ

Кыргызстан занимает первое место по показателям смертности от цереброваскулярных заболеваний среди стран Европейского региона, превышая показатели по Казахстану, России, Молдове, СНГ, ЕР В+С и ЕР А - в более чем в 10 раз, при этом мозговой инсульт является одной из основных причин смертности. Анализ статистических данных в Кыргызстане показывает, что показатели смертности от инсультов превышают показатели заболеваемости. Учитывая то, что на сегодняшний день в стране, особенно в регионах, диагностика инсульта главным образом основана на клинических методах обследования больных и личном опыте врача, такие расхождения могут быть результатом неправильной постановки посмертного диагноза инсульт. В настоящем документе описываются результаты исследования, целью которого было проведение анализа верифицированности диагноза «инсульт» у лиц, умерших на дому на основе анализа медицинской документации.

**Авторы:** Тургунбаев Д.Д. ( НГ), Артыкбаев А.Ш. (ГКБ №1, г. Бишкек), Кадырова Н. (ССМП г.Бишкек), Абдраимова А. (ЦАПЗ), Урманбетова А. (ЦАПЗ)

Запросы относительно публикаций Общественного Фонда «Центр анализа политики здравоохранения» следует направлять по адресу:

**ОФ «Центр анализа политики здравоохранения»  
Кыргызская Республика  
Бишкек 720040  
ул. Тоголок-Молдо, 1 (каб №№201,203,205)**

или по электронной почте: [office@hpac.kg](mailto:office@hpac.kg)

Кроме того, информацию о Центре и подготовленные документы исследований политики, а также информационные обзоры и другие документы можно найти на вебсайте Центра анализа политики здравоохранения [www.hpac.kg](http://www.hpac.kg)

Все права принадлежат Центру анализа политики здравоохранения. Документ может цитироваться со ссылкой на данный документ, но не для продажи или в коммерческих целях. Мнение и взгляды, выраженные в данном отчете, основаны на анализе данных, полученных в ходе проведенного исследования, и авторы не несут ответственность за любой ущерб, возникший в результате его использования.

Данный отчет был подготовлен при технической поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве (BCA), охватывающих период с 2012 по 2015 год, между Министерством здравоохранения Кыргызской Республики и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Проведение исследования стало возможным благодаря финансовой помощи, предоставленной Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству (SDC) на реализацию проекта ВОЗ «Усиление мониторинга и оценки, и также политического диалога в рамках программы «Ден Соолук». Сделанные выводы и их интерпретация в данном документе принадлежат команде, подготовившей отчет, и необязательно отражают официальное мнение Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству (SDC) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	6
2. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	8
3. МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ.....	9
3.1. Проведение анализа работы регистра мозгового инсульта г. Бишкек.....	9
3.2. Оценка верифицированности диагноза «инсульт» у умерших лиц на дому .....	9
3.2. Выборка исследования .....	9
4. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ.....	11
4.1. Анализ результатов деятельности регистра мозгового инсульта г. Бишкек за 2007-2011гг.....	11
4.2. Результаты анализа медицинской документации случаев смерти с диагнозом «инсульт», зарегистрированных на амбулаторном уровне.....	16
4.3. Экспертная оценка верификации диагноза «инсульт» у умерших пациентов согласно критериям .....	22
РЕКОМЕНДАЦИИ .....	23

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	Артериальная гипертензия
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГИ	Геморрагический инсульт
ГКБ	Городская клиническая больница
ИИ	Ишемический инсульт
КБС	Коронарная болезнь сердца
КТ	Компьютерная томография
КР	Кыргызская Республика
МЗ	Министерство здравоохранения
МИ	Малый инсульт
МРТ	Магнитно-резонансная томография
НИИ неврологии	Научно-исследовательский институт неврологии
НСК	Национальный статистический комитет
НЦКиТ	Национальный центр кардиологии и терапии
НГ	Национальный госпиталь
ОГЭ	Острая гипертоническая энцефалопатия
ОНМК	Острое нарушение мозгового кровообращения
ПНМК	Преходящее нарушение мозгового кровообращения
РАМН	Российская академия медицинских наук
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
СМП	Скорая медицинская помощь
СКС	Стандартизированный коэффициент смертности
ССМП	Станция скорой медицинской помощи
ТБ	Территориальные больницы
ТИА	Транзиторная ишемическая атака
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЭКГ	Электрокардиография

## **ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ**

Центр анализа политики здравоохранения выражает глубокую признательность за поддержку, оказанную Министерством здравоохранения Кыргызской Республики, в проведении данного исследования в рамках Национальной программы реформирования системы здравоохранения «Ден Соолук» (2012-2016).

Рабочую группу, созданную для обеспечения контроля и направления данной работы, возглавила д-р Эшходжаева А.С., Начальник управления оказания медицинской помощи и лекарственной политики, МЗ КР. В группу также вошли д-р Токтомушев Ч.Т., Главный внештатный невролог МЗ КР, д-р Кадыралиева Р.Б., Заместитель директора НЦКиТ, д-р Тургунбаев Д.Д., Заведующий отделением неотложной неврологии №3 НГ, д-р Артыкбаев А.Ш., Заведующий отделением ангионеврологии ГКБ №1 г. Бишкек и другие. Выражается признательность за их консультации, комментарии и вклад в дизайн исследования и подготовку настоящего документа.

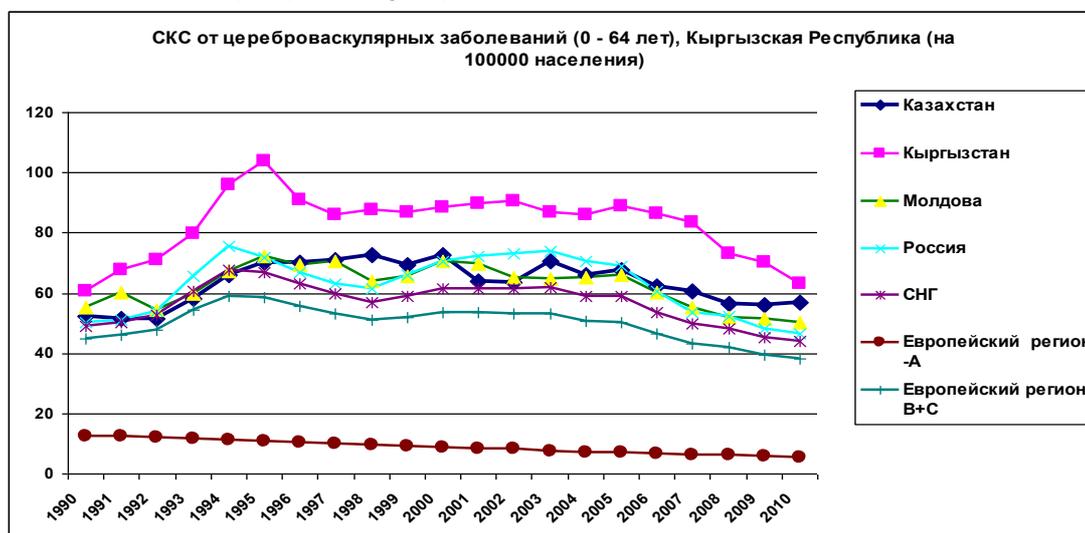
Особую признательность команда ЦАПЗ выражает руководителям Центров семейной медицины Чуйской, Нарынской, Ошской и Джалал-Абадской областей за предоставленные данные и информацию, содействие в сборе данных и ценный вклад во время проведения исследования.

Предварительные результаты были доложены и обсуждены на Совместном ежегодном обзоре программы «Денсоолук» в ноябре 2014 года. Заключительный отчет был подготовлен с учетом полученных комментариев и рекомендаций.

## 1. ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кыргызстан занимает первое место по показателям смертности от cerebrovascularных заболеваний среди стран Европейского региона, превышая показатели по Казахстану, России, Молдове, СНГ, ЕР В+С и ЕР – А в более чем 10 раз.

**Рисунок 1. СКС от cerebrovascularных заболеваний в КР**

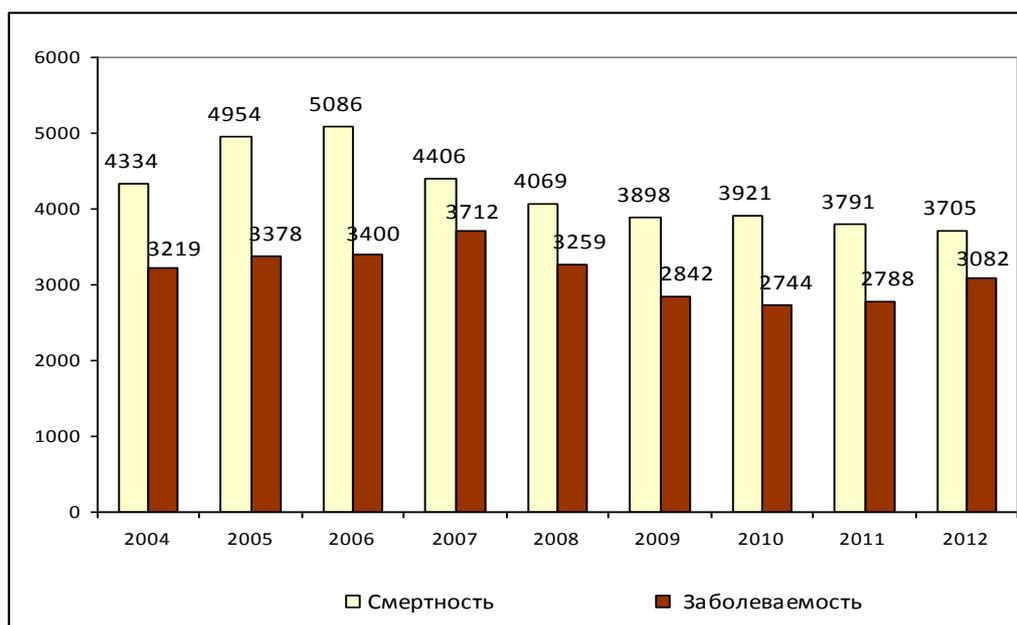


Источник: База данных «Здоровье для всех» ЕРБ ВОЗ и НСК

Мозговой инсульт составляет одну из основных причин смертности населения, обуславливая низкую продолжительность жизни в Кыргызской Республике.

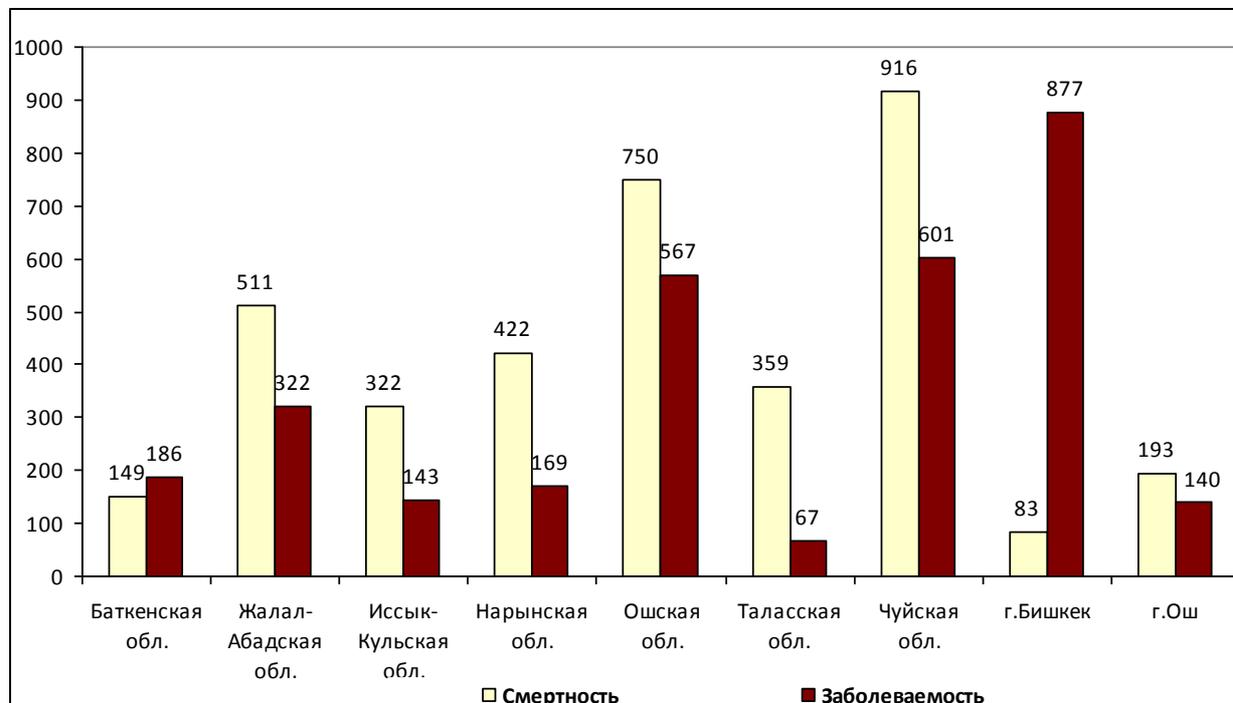
Анализ статистических данных РМИЦ показывает, что показатели смертности от инсультов превышают показатели заболеваемости (Рисунок 2).

**Рисунок 2. Количество случаев заболеваемости и смертности от инсульта (абс. числа)**



В разрезе регионов данные показатели имеют различную тенденцию. Так, только в Баткенской области и г. Бишкек показатели заболеваемости выше, чем показатели смертности (Рисунок 3).

**Рисунок 3. Количество случаев заболеваемости и смертности от инсульта (абс. числа), 2012 г.**



Необходимо отметить, что по г. Бишкек наблюдаются самые низкие показатели смертности от инсульта (83 случая за 2012 год или 9,3 на 100000 населения). Это больше связано с тем, что на территории г. Бишкек, начиная с 1997 года, проводится регулярная работа по ведению регистра мозгового инсульта. Данная работа предполагает постановку диагноза мозгового инсульта только на основании тщательной проверки всех источников информации (медицинская документация пациента, отчеты организаций здравоохранения на первичном и стационарном уровнях, скорой помощи, ЗАГС, а также при необходимости, дополнительный осмотр пациента и опрос близких). Наличие четких критериев диагностики инсульта позволяет вести соответственно более достоверную регистрацию заболеваемости, смертности и летальности при мозговых инсультах. Регистр мозгового инсульта внедрен только в г. Бишкек, в остальных регионах такая работа не проводится.

Кроме того, организации здравоохранения г. Бишкек имеют более развитую материально-техническую базу с современным оборудованием и обученным кадровым составом, что позволяет предоставлять лечебно-диагностические услуги больным с инсультом на более высоком уровне. Так, в последние годы идет ежегодное увеличение количества больных с инсультом, получивших лечение в стационарных условиях (2011 – 70,6%; 2012 – 79,9%). При этом врачом регистра мозгового инсульта осматривается подавляющая часть больных с данным диагнозом (2011 – 86,8%; 2012 – 94,1%).

В настоящее время, в регионах страны отсутствует соответствующая диагностика инсульта - компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография (КТ/МРТ), так по данным исследования ОАПЗ 2007 года<sup>1</sup> пациенты, прошедшие КТ/МРТ по выбранным регионам составили всего 16% и только те, которые получали лечение в г. Бишкек. Поэтому, на сегодняшний день диагностика инсульта основана преимущественно на клинических методах обследования больных и личном опыте врача. В связи с чем, диагностика случаев мозгового инсульта и регистрация смертности от него в регионах требует тщательного анализа и оценки.

Кроме того, в стране наблюдается неравномерное распределение населения по территории республики с наличием малых населенных пунктов и городов, где единственной структурой здравоохранения являются фельдшерско-акушерские пункты; малонаселенные горные районы протяженностью до 200-300 км, где в случае наступления неотложного состояния или внезапной смерти, отсутствует квалифицированное выставление соответствующего диагноза, особенно в случаях внебольничной смертности. Как показывает практика, чаще всего в данных случаях также выставляется диагноз «инсульт», в связи с чем отмечается большее количество случаев смертности от инсульта.

Одним из наиболее информативных методов получения точных эпидемиологических и клинических данных является регистр мозгового инсульта, который внедрен только в г. Бишкек. По остальным регионам статистико-эпидемиологические характеристики инсульта и смертность от него остаются недостаточно изученными, и отсутствуют достоверные данные об эпидемиологии, структуре и смертности от инсульта.

В связи с этим, данное исследование будет нацелено на верификацию диагноза «инсульт» у лиц, умерших на дому, то есть в амбулаторных условиях на основании анализа клинической документации.

## **2. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Цель:** Проведение анализа верифицированности диагноза «инсульт» у лиц, умерших на дому.

**Задачи:**

1. Анализ результатов деятельности регистра мозгового инсульта г. Бишкек.
2. Анализ медицинской документации на верифицированность диагноза «инсульт» у лиц, умерших в амбулаторных условиях.
3. Разработка рекомендаций для улучшения полноты и качества отчетной документации и достоверности регистрации смертности от мозгового инсульта в КР.

---

<sup>1</sup> Документ исследования политики №45 «Качество лечения и профилактики ССЗ в КР», ОАПЗ, 2007г.

### **3. МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ**

#### **3.1. Проведение анализа работы регистра мозгового инсульта г. Бишкек**

1. Изучение динамики показателей заболеваемости, смертности и летальности на основании отчетов, подготовленных сотрудниками регистра мозгового инсульта за период 2007-2011гг.
2. Оценка деятельности (слабые и сильные стороны).

#### **3.2. Оценка верифицированности диагноза «инсульт» у умерших лиц на дому**

С этой целью был разработан инструмент – бланк оценки достоверности регистрации инсульта.

Разработанный инструмент оценки верифицированности диагноза «инсульт» был разработан при обсуждении с ведущими экспертами в области неврологии и пропилотирован в двух учреждениях первичного уровня.

Основные критерии данного инструмента были основаны на верификации диагноза «инсульт» у умерших пациентов путем исключения всех других заболеваний, от которых могла наступить смерть умершего лица.

##### ***Данный инструмент включал двухэтапную оценку:***

1. Исключение/не подтверждение диагноза «инсульт» на основании разработанных критериев исключения.

##### ***Критерии исключения, включенные в инструмент оценки:***

- короткий промежуток времени (менее 2х часов) между началом приступа и смертью;
- отсутствие клинических сведений о состоянии больного до смерти и данных аутопсии;
- отсутствие клинических записей, подтверждающих диагноз «инсульт».

2. Исключение/не подтверждение диагноза «инсульт» на основании объективных данных обследования и клинических данных, имеющих в медицинской документации.

Оценка проводилась путем анализа использования специализированных диагностических мероприятий (КТ, МРТ, люмбальная пункция) и клинических данных (общемозговые симптомы, паралич конечностей, нарушения речи, поражение черепно-мозговых нервов, наличие менингеальных знаков, паталогических симптомов и др.)

#### **3.2. Выборка исследования**

Выборка исследования была проведена на основании оперативных данных. С этой целью Республиканский медико-информационный центр провел сбор данных по смертности от инсульта за 2013 год в разрезе областей и районов. Город Бишкек изначально был исключен из исследования, поскольку в г. Бишкек внедрен Регистр мозгового инсульта.

Согласно полученным данным в исследование были включены регионы, где были наиболее высокие показатели смертности от инсульта за 2013 год (экстенсивные показатели).

По результатам обсуждения было решено включить в исследование по 2 региона из северных и южных частей Кыргызстана.

Согласно полученным оперативным данным, наиболее высокие показатели смертности от инсульта за 2013 год в северных регионах наблюдались в Чуйской и Нарынской областях, в южных регионах - в Ошской и Жалалабадской областях.

### **3.4. Отбор случаев**

Был основан на ретроспективном анализе амбулаторных карт тех случаев, когда смерть была зарегистрирована на дому и выставлен диагноз «инсульт» (в амбулаторных условиях) за период 2013 года.

#### ***Критерии включения случаев в Оценку:***

1. Изучаемый случай должен соответствовать диагностическим критериям инсульта.
2. Изучаемый больной должен был до смерти постоянно проживать в исследуемом регионе (районе).
3. Изучаемый случай был осмотрен врачом в течение периода от нескольких часов до 7 суток до смерти.

На основании Приказа МЗ со всех учреждений первичного уровня (ЦСМ), выбранных для исследования регионов, были собраны амбулаторные карты умерших пациентов с диагнозом «инсульт» за 2013 год. Методом случайной выборки в каждом регионе было отобрано по 200 амбулаторных карт, отвечающих критериям включения в Оценку.

В процессе анализа данных часть отобранных амбулаторных карт не соответствовала необходимым критериям включения в Оценку, и данные случаи были исключены из исследования. В итоге была проведена оценка 783 амбулаторных карт, из них в:

- Чуйской области – 196;
- Нарынской области - 193;
- Ошской области – 196;
- Жалалабадской области – 198.

### **3.5. Источники информации**

1. База данных Регистра мозгового инсульта г. Бишкек за 2007-2011 гг.;
2. Журналы регистрации случаев смерти в ЦСМ;
3. Медицинские карты умерших больных, отвечающих критериям включения в Оценку.

## 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ

### 4.1. Анализ результатов деятельности регистра мозгового инсульта г. Бишкек за 2007-2011гг.

Научно обоснованным и наиболее точным приёмом оценки эпидемиологической ситуации в регионе, позволяющим определить показатели заболеваемости, смертности и летальности от мозгового инсульта является метод Регистра. Он базируется на демографических показателях и территориальном принципе, позволяет оценить медицинские и социально-экономические последствия инсультов, определить эффективность системы оказания помощи населению и рассчитать потребность в реабилитационных мероприятиях в данном регионе, выявить ведущие факторы риска заболевания и разработать пути коррекции их влияния.

Начиная с 1997 г. в г. Бишкек был организован Городской ангионеврологический кабинет, при котором функционирует кабинет «Регистра мозгового инсульта». Работа городского регистра организована согласно методическим рекомендациям ВОЗ и НИИ неврологии РАМН и Научного центра по изучению инсульта Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В результате внедрения регистра мозгового инсульта в г. Бишкек, за последние годы произошло значительное снижение показателей смертности от инсульта (83 случая за 2012 год или 9,3 на 100000 населения).

На основании имеющихся данных Регистра мозгового инсульта в г. Бишкек проведен анализ эпидемиологических данных за 5 лет с 2007 по 2011 годы. В процессе анализа рассчитывались основные показатели: заболеваемость инсультом, смертность от инсульта, летальность. Для определения частоты инсульта использовались данные о половозрастной структуре изучаемой популяции, полученные при последней переписи населения. Разность средних величин оценивалась критерием Стьюдента при помощи пакета программ «Statistika 6.0 for Windows 98», результат считался достоверным при критерии вероятности  $p < 0,05$ .

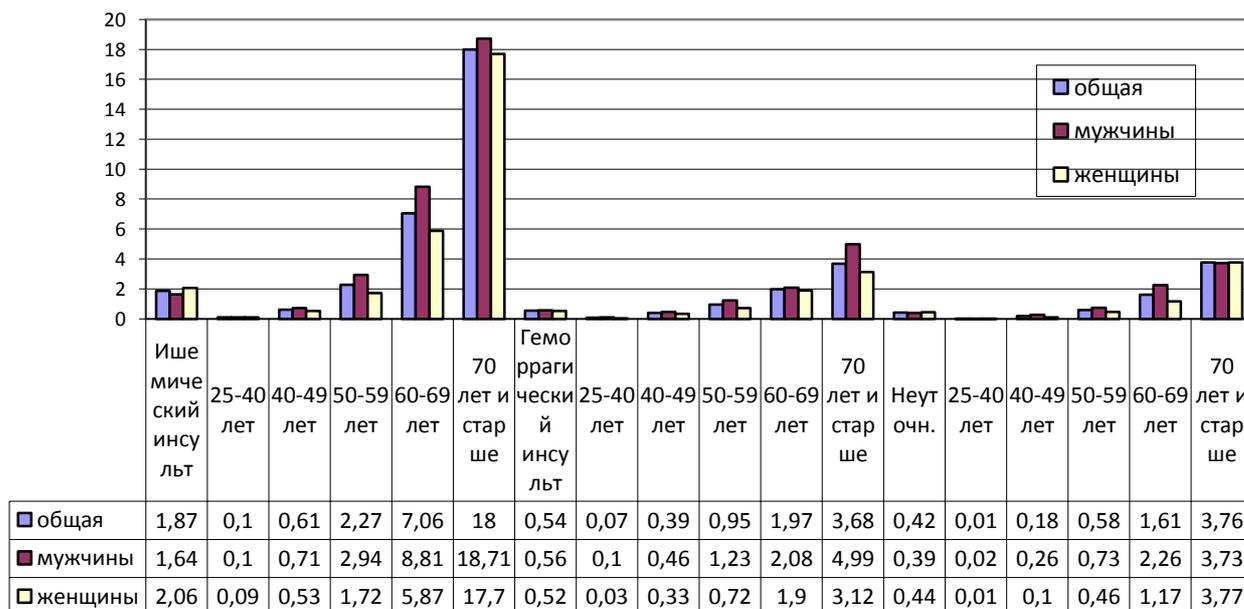
За данный период в рамках Регистра мозгового инсульта был проведен охват 567 218 человек (свыше 18 лет). Всего за данный период с 2007 по 2011 годы по г. Бишкек было зарегистрировано 7379 новых случаев острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Заболеваемость инсультом на 1000 населения составила 2,82, смертность – 1,18, летальность – 41,8%. Было госпитализировано в стационар 57,4% заболевших, летальность при этом составила - 25,7%, тогда как у получающих лечение дома - 53,6%.

**Таблица 1. Данные регистра мозгового инсульта по распространённости мозговых инсультов среди населения г. Бишкек (2007-2011 гг.)**

Класс заболевания	Цереброваскулярные заболевания		Ишемический инсульт		Геморрагический инсульт		Инсульт неуточнённый		Всего инсультов	
	Абс.	/1000 чел.	Абс.	/1000 чел.	Абс.	/1000 чел.	Абс.	/1000 чел.	Абс.	/1000 чел.
2007	11601	15,7	1070	0,94	332	0,17	151	0,26	1553	1,373
2008	16905	30,3	1090	1,37	344	0,32	142	0,23	1576	1,856
2009	16089	29,5	968	1,43	319	0,36	109	0,17	1396	1,966
2010	19294	35,3	999	1,38	374	0,27	62	0,20	1435	1,855
2011	19564	34,5	1015	1,46	336	0,31	108	0,22	1459	1,999

Анализ данных показал, что частота инсультов у населения увеличивается в каждой возрастной группе в 2-3 раза: в возрасте от 25 до 40 лет – 0,18, от 40 до 49 лет – 1,2, от 50 до 59 лет – 3,8, от 60 до 69 лет – 10,6 и 70 лет и старше – 25,4 на 1000 жителей соответствующего возраста в год (средние значения). В целом, удельный вес лиц трудоспособного возраста (25-59 лет), перенесших мозговой инсульт составил 26,3%.

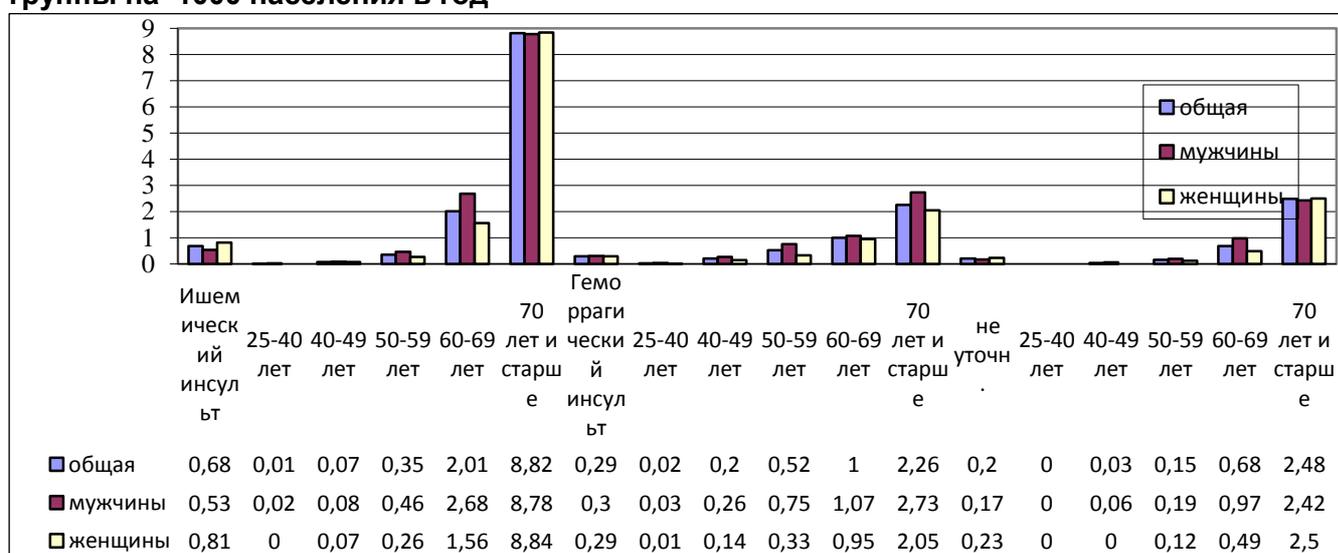
**Рисунок 4. Заболеваемость по типам инсульта в зависимости от пола и возрастной группы на 1000 населения в год**



Общая смертность от инсультов в 2007-2011 г.г. составила в среднем 1,18 на 1000 населения (у мужчин -- 1,01, у женщин -- 1,33, разница достоверна ( $p < 0,001$ )), что сравнимо с общероссийскими показателями в 2001 году (в среднем -- 1,28/1000 чел. (у мужчин -- 1,15/1000 чел., у женщин -- 1,38/1000 чел.) и значительно выше показателей в экономически развитых странах (0.37-0.47/1000 чел.).

Как видно из диаграммы (Рисунок 5), смертность при ишемическом инсульте выше в 2-3 раза, чем при других формах инсульта и составляет 0,68 на 1000 населения (у мужчин – 0,53, у женщин – 0,81, различие достоверно ( $p < 0,0001$ )), при геморрагическом инсульте 0,29 (у мужчин -- 0,3, у женщин - 0,29), при инсульте не уточнённом - 0,2 (0,17 и 0,23 соответственно).

**Рисунок 5. Смертность по типам инсульта в зависимости от пола и возрастной группы на 1000 населения в год**

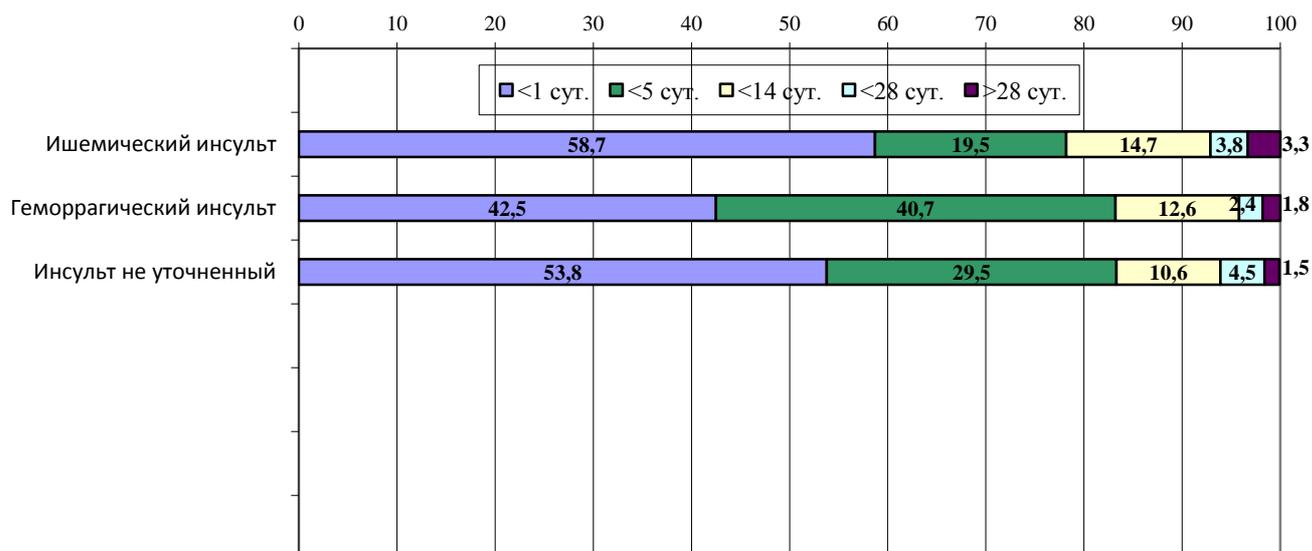


Смертность, как и заболеваемость, увеличивается с возрастом от 0,04 в возрасте 25-40 лет до 13,55 в 70 лет и старше (средние значения с 2007 по 2011 г.), при этом выявлены спонтанные колебания показателя в старшей возрастной группе, что требует для получения достоверных данных ведение регистра на протяжении ряда лет.

Общая летальность при инсульте в 2007-2011 г.г. составила 41,8 % (38,8% у мужчин, 43,9% у женщин). Она значительно выше при геморрагических инсультах 54,4% (54,1% у мужчин, 54,9% у женщин) и инсультах не уточнённых 49,8% (44,8% у мужчин, 53,6% у женщин), чем при инфарктах мозга – 36,5% (32,4% у мужчин, 39,3% у женщин).

Проведенный анализ сроков наступления летального исхода при инсультах различного типа (Рисунок 6) показал, что в 2/3 случаев он наступает в течение первых суток заболевания или в острейшем периоде (до 5 суток), то есть, обусловлен доступностью и характером проводимых диагностических и лечебных мероприятий в остром периоде заболевания.

**Рисунок 6. Сроки наступления летального исхода при инсультах различного типа**



Для выявления факторов, которые влияют на сроки наступления летального исхода у больных с инсультами, проведен анализ частоты госпитализации в стационар в остром периоде заболевания. За время мониторинга ангионеврологической службы, процент госпитализированных больных вырос от 39,9% до 44,8%. Число пролеченных в стационаре больных за два года (2010-2011гг.) составило 1355 человека, из них были доставлены скорой помощью 780 больных (58,1%), а остальные направлены врачами ЦСМ или обратились самостоятельно.

Согласно результатам анализа (Таблица 2), летальность у больных с инсультом, пролеченных в стационаре, в целом ниже в 2 раза (25,7% и 53,6% соответственно): при геморрагических инсультах в 1,5 раза, при ишемическом в 2,5 раза, при инсульте неуточнённом в 4 раза.

**Таблица 2. Частота летальности (%) при различных типах инсульта в разных возрастных группах, госпитализированных и пролеченных дома больных по данным регистра в 2007-2011г.**

Возрастная группа	Ишемический инсульт		Геморрагический инсульт		Инсульт неуточненный		ВСЕГО инсультов	
	госпит	не госпит	госпит	не госпит	госпит	не госпит	госпит	не госпит
До 40 лет	11,9	40,0	16,0	75,0	-	100,0	12,3	64,3
40-49 лет	6,3	25,6	34,5	82,1	12,1	33,3	16,1	47,9
50-59 лет	9,0	27,1	49,4	68,6	13,0	46,7	20,7	38,9
60-69 лет	21,5	34,1	43,9	61,1	16,3	62,9	26,1	42,4
70 лет и старше	29,8	55,2	58,5	63,1	25,5	76,7	35,6	59,6
ВСЕГО	19,2	47,5*	45,7	65,8*	16,8	69,8*	25,7	53,6*

Примечание: \* -- достоверные различия ( $p < 0,05$ ).

Сравнивая частоту летального исхода заболевания у лиц молодого трудоспособного возраста (25-59 лет), установлено, что из пролеченных в стационаре умирает каждый пятый больной -- 18,2% (583 случая/106 умерших), в то время как у не

госпитализированных почти каждый второй -- 42,9% (259 случаев/111 умерших). У больных после 60 лет это соотношение составляет 31,3% и 55,4%, то есть даже в преклонном возрасте шанс на выживание после терапии в стационаре выше в 2 раза.

Важное значение имеет анализ факторов риска развития заболевания. На основании данных Регистра мозгового инсульта проведена оценка распространённости 10 наиболее значимых факторов риска, которые имеют объективное подтверждение (Таблица 5).

Наиболее распространёнными факторами риска являются артериальная гипертензия (АГ) - более 83% случаев и коронарная болезнь сердца (КБС) (более 22%). Сравнение данных факторов риска по полу показало, что в женской популяции преобладают артериальная гипертензия и мерцательная аритмия, в несколько раз чаще встречаются ревматизм и сахарный диабет, а у мужчин закономерна алкогольная зависимость. Полученные предварительные результаты требуют дальнейшего более тщательного научного анализа материала при продолжении работы регистра.

**Таблица 3. Частота встречаемости факторов риска развития мозгового инсульта у больных разного пола (%)**

Факторы риска	Мужчины (n=652)	Женщины (n=838)
Артериальная гипертензия	83,4±1,5	87,9±1,1*
Коронарная болезнь сердца	22,2±1,6	24,2±1,5
Инфаркт миокарда в анамнезе	7,7±1,0	5,8±0,8
Мерцательная аритмия	10,1±1,2	13,7±1,2*
Ревматизм	0,3±0,2	1,3±0,4*
Сахарный диабет	5,1±0,7	11,1±1,1*
Повторные мозговые инсульты	18,9±1,5	19,9±1,4
Транзиторные атаки в анамнезе	2,6±0,6	3,1±0,6
Алкогольная зависимость	12,7±1,3*	1,6±0,4
Онкологические заболевания	1,5±0,5	1,9±0,5

*Примечание: \* -- достоверные различия (p<0,05).*

Таким образом, результаты анализа данных регистра мозгового инсульта за 2007-2011 г.г. среди населения столицы республики г. Бишкек показали, что с введением данного регистра значительно уменьшилось количество диагнозов «инсульт неуточнённый», возросла преемственность между первичным (ЦСМ) и третичным (специализированные отделения Национального госпиталя) уровнями здравоохранения, повысилось качество лечебно-консультативной помощи для больных, получающих лечение дома).

Однако опыт работы регистра мозгового инсульта г. Бишкек показывает, что диагностировать мозговой инсульт и его тип остается трудной задачей даже для

специалистов (невролог ЦСМ, ССМП), так как клинические проявления (уровень сознания, наличие менингеальных симптомов) отличаются значительным полиморфизмом у больных разных возрастных групп и страдающих сопутствующей соматической патологией. Без проведения соответствующего обследования (компьютерная томография головного мозга, анализ спинномозговой жидкости) невозможно дифференцированное лечение в стационаре и продолжение его дома.

Кроме того, у населения отмечен низкий уровень инсультной настороженности, по сравнению с кардиальной патологией, в отношении состояния своего здоровья. Больного на дому посещает семейный врач, нередко позже «терапевтического окна», а без осмотра невролога и необходимого обследования (ЭКГ, лабораторные анализы) он затрудняется в правильной постановке диагноза и назначении дифференцированной терапии. Эта часть больных, чаще всего старшей возрастной группы, лечатся дома с диагнозом «ОНМК (инсульт неуточненный)», и поэтому, показатель смертности у этих больных такой же высокий, как при геморрагическом инсульте.

Данные регистра требуют пересмотра тактики ведения больных с мозговыми инсультами, и свидетельствуют о необходимости оказания экстренной ангионеврологической помощи в специализированном стационаре, о недопустимости выполнения отсроченной госпитализации или создания «стационара на дому» в остром периоде заболевания.

#### **4.2. Результаты анализа медицинской документации случаев смерти с диагнозом «инсульт», зарегистрированных на амбулаторном уровне**

Исследование по оценке достоверности регистрации смертности от мозгового инсульта охватило 4 области, 16 районов и 2 города. В общей сложности, было собрано и обработано 783 бланка оценки достоверности регистрации мозгового инсульта.

**Таблица 4. Распределение изученных случаев по областям (n=783)**

<b>№</b>	<b>Область</b>	<b>Количество (N)</b>
<b>1.</b>	<b>Чуйская</b>	196
<b>2.</b>	<b>Нарынская</b>	193
<b>3.</b>	<b>Ошская</b>	196
<b>4.</b>	<b>Джала-Абадская</b>	198

Согласно заполненным бланкам оценки достоверности регистрации инсульта, средний возраст умерших от инсульта пациентов составил 72,32 лет.

Количество умерших пациентов в половом соотношении: количество умерших мужчин составило 403 случая и женщин – 380 случаев.

По возрастному признаку наибольшее количество умерших пациентов приходится на возраст от 61 года и выше, что составило более 55% изученных случаев.

Тенденция смертности от инсульта согласно изученным медицинским документам практически одинакова как среди мужчин, так и среди женщин. Необходимо отметить, что около 5% случаев смерти от инсульта были зарегистрированы у пациентов в возрасте до 40 лет (Таблица 5).

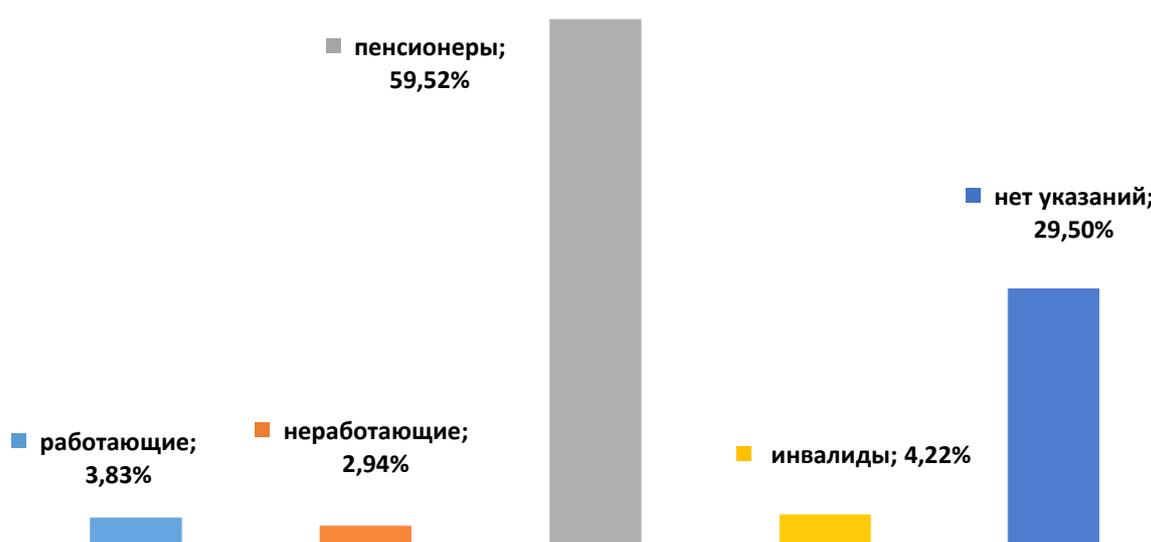
### Общие данные

Таблица 5. Распределение умерших пациентов по полу и возрасту (n=783)

№	Пол	18-30 лет (n=4)	31-40 лет (n=34)	41-50 лет (n=149)	51-60 лет (n=163)	61-70 лет (n=210)	Старше 70-ти лет (n=223)
1.	Мужчины (n=403)	2	16	75	97	101	112
2.	Женщины (n=380)	2	18	74	66	109	111

Согласно указаний в медицинских картах, по роду занятий 3,83% пациентов относились к работающим, 2,94% - к неработающим, 59,52% - к пенсионерам, 4,22% - к инвалидам и у 29,5% пациентов в медицинских картах не было записей, указывающих на их социальный статус (Рисунок 7).

Рисунок 7. Социальный статус пациентов, указанный в медицинских документах



## **Сведения о заболевании**

Дата, время начала инсульта, дата и время установления диагноза «инсульт» и интервалы между ними, а также своевременность госпитализации пациента и начала его специализированного лечения влияют на прогноз выживаемости пациентов. Необходимо отметить, что в изученных медицинских документах практически не указывается точное время начала инсульта, установление диагноза и смерти, в основном, указываются даты начала инсульта, установления диагноза и смерти. Поэтому четко определить временные интервалы в разрезе часов было невозможно. Следует отметить, что в 23% проанализированных картах вообще отсутствовали записи относительно дат начала инсульта, установления диагноза и смерти.

Поэтому проводился анализ данных параметров в разрезе суточных интервалов. Были получены следующие данные: более, чем у половины пациентов (58,24%) диагноз «инсульт» был выставлен в первые же сутки, то есть время между началом инсульта и датой установления диагноза составляла менее 1 суток, почти у трети пациентов (29,63%) время между датой начала инсульта и датой установления диагноза составило от 1 до 3 суток.

Согласно проанализированным медицинским документами, интервал между датой начала инсульта и датой смерти менее 1 суток составил в 32,7% случаях, более 1-3 суток – в 24,1% случаях и более 10 суток в 12,4% случаев.

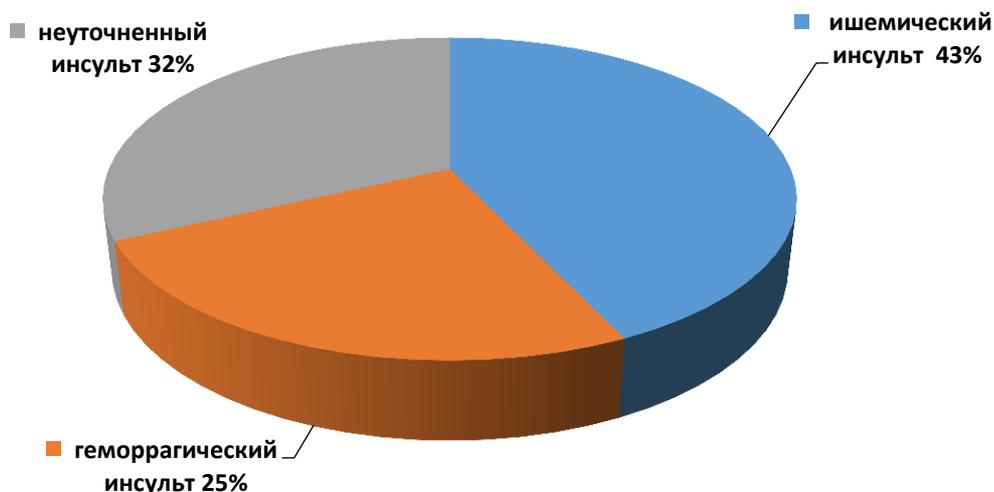
**Таблица 6. Интервалы между датой начала инсульта, установления диагноза и датой смерти (n=783)**

	Менее 1 суток, %	От 1 до 3 суток, %	От 4 до 10 суток, %	Более 10-ти суток, %
Интервал между датой начала инсульта и датой установления диагноза «инсульт»	456 (58,24%)	232 (29,63%)	21 (2,68%)	18 (2,3%)
Интервал между датой начала инсульта и датой смерти	256 (32,7%)	189 (24,1%)	167 (21,3)	97 (12,4%)

## **Выставленные первоначальный и посмертный диагнозы**

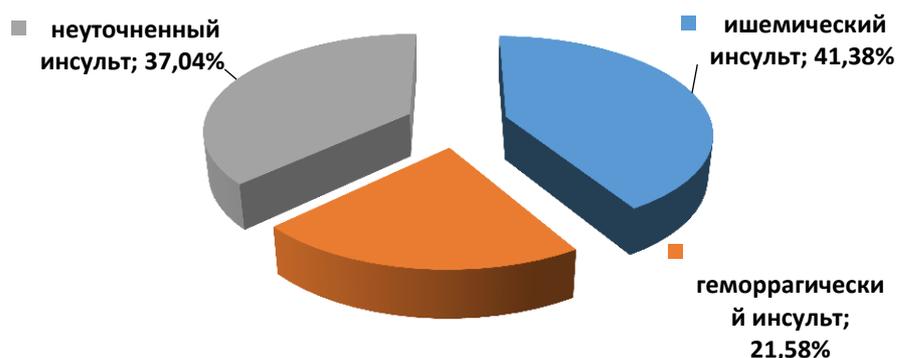
Проведенный анализ показал, что первоначальный диагноз типа инсульта, который был выставлен в медицинских карточках в 43% случаях - это был ишемический инсульт, 25% - геморрагический инсульт, 32% - неуточненный инсульт (Рисунок 8).

**Рисунок 8. Выставленный первоначальный диагноз**



Выставленный посмертный диагноз типа инсульта в изученных случаях немного отличается: ишемический инсульт указан в 41,38% случаев, геморрагический инсульт - в 21,58% случаев и неуточненный инсульт – в 37,04% случаев. Показатель неуточненного типа инсульта выше на 5%, чем при первоначальном выставлении диагноза типа инсульта. Даже такое небольшое различие может указывать на то, что были сомнения при постановке диагноза «инсульт», поэтому в посмертном диагнозе количество «неуточненных инсультов» выросло.

**Рисунок 9. Выставленный посмертный диагноз**



Оценка медицинской документации показала, что только в 4,1% изученных случаев проводилась аутопсия (посмертное вскрытие), что может ставить под сомнение правильность верификации диагноза «инсульт» у умерших пациентов.

## Оценка острых мозговых нарушения в анамнезе

Для постановки правильного диагноза инсульта огромное значение имеет анамнез, в частности имеющиеся данные о предшествующих острых нарушениях мозгового кровообращения до данного эпизода (в течение ближайших 28 дней). Анализ медицинской документации показал, что в 77% случаев указаний на предшествующие острые сосудистые нарушения не было, что соответственно может вызывать сомнения в правильности постановки диагноза «инсульт».

**Таблица 7. ОНМК в ближайшем анамнезе (более 28 дней до последнего инсульта)**

№	Вид ОНМК	Кол-во (n)	в %
1.	ПНМК (ТИА, ГЦК)	16	2%
2.	Малый инсульт (МИ, ОГЭ)	8	1%
3.	Инсульт (ИИ, ГИ)	156	20%
4.	Не было указано	603	77%

## Данные о госпитализации в стационары

Все пациенты с ОНМК должны быть госпитализированы так быстро, как это возможно. Золотым стандартом времени госпитализации является 1-3 часа от начала развития ОНМК (уровень А). Четко доказана прямая зависимость прогноза инсульта от времени начала его лечения. В домашних условиях лечение острого периода инсульта бесперспективно и, как правило, сопряжено с высокой летальностью (уровень В). По результатам, полученным в данном исследовании, только 5% пациентов госпитализировались в стационары.

## Клинические данные и данные диагностических исследований

Диагностика ОНМК основывается на клинико-лабораторных и инструментальных данных. Из наиболее достоверных инструментальных нейровизуализирующих экспресс-методик следует отметить компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию головного мозга. В изученных медицинских картах указание на проведение МРТ (КТ) в диагностических целях было в 2,7% случаев, в 97,3% случаях МРТ (КТ) не проводилось.

Кроме КТ и МРТ важную роль в диагностике ОНМК имеет проведение люмбальной пункции. По данным медицинской документации, диагностическая люмбальная пункция проводилась в 4% изученных случаях.

Такой низкий процент проведения основных диагностических исследований может также вызывать сомнения в правильности постановки диагноза «инсульт». В данном случае необходимо учитывать, что доступность данных методов исследования ограничена. МРТ и КТ доступна только на центральном уровне (столица г. Бишкек) и региональном уровне (г. Ош). По поводу проведения люмбальной пункции необходимо отметить, что многие врачи на районном уровне не владеют методикой ее проведения, поэтому такой достоверный диагностический метод широко не применяется.

Клиническая оценка верификации диагноза «инсульт» согласно клинического протокола, утвержденного МЗКР, проводилась на основании оценки уровня общей и очаговой неврологической симптоматики по следующим показателям: сознание, общемозговые симптомы, паралич конечностей, нарушения речи, поражения черепно-мозговых нервов, менингеальных знаков и патологических симптомов.

Анализ карточек по клиническим данным показал, что в 71,4% случаях было отмечено коматозное состояние у пациентов, сопор – 10% и оглушенное состояние в 11,4%, ясное сознание – в 7% случаев. Необходимо отметить, что такой высокий процент отмеченного коматозного состояния затрудняет проведение основных клинико-лабораторных исследований и, соответственно, может ставить под сомнение верификацию диагноза «инсульт».

Наличие общемозговых симптомов (тошнота, рвота, головокружение) – было указано в 13% случаях.

ОНМК диагностируется при внезапном (минуты, реже часы) появлении очаговой и/или общемозговой и менингеальной неврологической симптоматики у больного с факторами риска сосудистого заболевания и при отсутствии других причин ее возникновения. Оценка наличия данных показателей выявила, что только в 5% случаев наблюдались очаговые менингеальные и патологические симптомы. Это также может вызывать сомнения в правильности верификации диагноза «инсульт» в изученных случаях.

- **параличи конечностей** – односторонние двигательные нарушения в конечностях в виде параличей и парезов являются самыми частыми очаговыми симптомами инсульта. В проведенном исследовании указание на наличие парезов/параличей было в 32,18% случаев (n=252). Из них в 51,59% случаев отмечался левосторонний, в 48,41% - правосторонний паралич.
- **нарушения речи** были отмечены в 15,96% историй болезни (n=125). Из них в 95,2% пациент не говорил (дизартрия), в 1,6% случаев – не понимал обращенную речь (афазия) и в 3,2% случаев – не говорил и не понимал обращенную речь.
- **поражение черепно-мозговых нервов** отмечалось у 18% пациентов (n=141). Из них у 8,51% было указание на поражение глазодвигательного нерва, у 63,82% - лицевого нерва, у 13,48% пациентов отмечалось нарушение глотания, у 8,51% пациентов – девиация языка, у 5,68% пациентов наблюдалось сочетанное поражение 2х черепно-мозговых нервов.
- **менингеальные знаки** были отмечены только в 4,2% случаях.
- **патологические неврологические симптомы** (Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера) были отмечены только в 4,5% изученных случаях.

## Лечение

Имеются доказательства того, что раннее начало специализированного/дифференцированного лечения влияет на прогноз выживаемости пациентов с инсультом.

Оценка медицинской документации показала, что лечебные мероприятия проводились только в 42,91% (n=336) изученных случаев.

Специализированное/дифференцированное лечение получили только 7,14% пациентов.

#### **4.3. Экспертная оценка верификации диагноза «инсульт» у умерших пациентов согласно критериям**

Для оценки достоверности регистрации инсульта экспертами в данном исследовании использовались 3 критерия исключения диагноза «инсульт»:

- 1-короткий промежуток времени (менее 2х часов) между началом приступа и смертью;
- 2-отсутствие клинических сведений о состоянии больного до смерти и данных аутопсии;
- 3-отсутствие клинических записей, подтверждающих диагноз «инсульт».

Анализ медицинской документации согласно вышеуказанным критериям исключения показал, что более чем в половине изученных случаев – **55,4%** (n=403) диагноз «инсульт» не подтвердился.

Из них по одному из перечисленных критериев исключения диагноз «инсульт» не был подтвержден у 2,98% умерших пациентов, по двум критериям - у 82,63% пациентов и по всем трем критериям – у 14,39% пациентов (Таблица 5).

**Таблица 5. Критерии исключения инсульта**

<b>Критерии исключения инсульта (n=403)</b>	<b>%</b>
1 критерий исключения	2,98%
2 критерия исключения	82,63%
3 критерия исключения	14,39%

По оценке экспертов, проводивших анализ медицинской документации, среди вероятных причин смерти у пациентов с неподтвержденным инсультом были указаны несколько основных заболеваний. Около 70% случаев смерти, указанных как следствие инсульта, по клиническим критериям, описанным в медицинских документах, больше соответствовали следствиям кардиоваскулярных заболеваний (внезапная смерть вследствие острого инфаркта миокарда, острая сердечная недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и хроническая сердечная недостаточность). Около 25% изученных случаев, по мнению экспертов, могли иметь другие причины смерти, такие как хронический алкоголизм, алкогольная и иные интоксикации, терминальная стадия онкологических заболеваний, туберкулез и другие инфекции, сепсис, послеоперационные осложнения после операций при опухолях мозга, черепно-мозговые травмы, последствия детского церебрального паралича, эпилепсия с эписпусом, эндокринные причины смерти (сахарный диабет и его осложнения-кетоацидоз и комы), и в около 5% анализируемых историях болезни эксперты вообще не смогли определить наиболее вероятную причину смерти пациента.

Таким образом, проведенное исследование верификации диагноза «инсульт» у пациентов, умерших на дому, показало, что в 55,4% изученных случаев данный диагноз не подтвердился. Это указывает на то, что показатели смертности от инсульта в регионах нашей республики и соответственно по стране завышены.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

- Учитывая медико-социальную значимость мозговых инсультов и необходимость мониторинга основных эпидемиологических параметров, необходимо дальнейшее выполнение программы регистра мозговых инсультов в г. Бишкек.
- Рассмотреть возможность распространения данной практики на регионы страны (областной уровень) для повышения достоверности верификации диагноза «инсульт».
- Выработать критерии посмертной вероятной смерти от инсульта на основе анамнестических, клинических признаков, включая неврологические и лабораторно-инструментальные данные, на основании которых в учреждениях здравоохранения должна проводиться постановка посмертного диагноза «инсульт» и, соответственно, обучение семейных врачей и неврологов выработанным критериям.
- Рекомендовать пройти обучение всем семейным врачам и неврологам ЦСМ по оказанию догоспитальной помощи, диагностике и лечению мозговых инсультов при КГМИПиПК.
- Рассмотреть возможность регулярной организации на базе ТБ и ЦСМ выездных семинаров для врачей СМП, семейных врачей и неврологов по внедрению КР/КП по оказанию догоспитальной помощи, диагностике и лечению мозговых инсультов.
- На уровне ПМСП усилить роль и ответственность невролога за каждый случай смерти от инсульта и рассмотреть возможность внесения положения на ПМСП об обязательном подтверждении смерти о ЦВЗ (инсульта) неврологом.
- Выработать систему оказания медицинской помощи в сельской местности (на уровне ФАП, малых и отдаленных ГСВ) с регулярным участием врачей-неврологов в качестве консультантов.
- Усилить контроль над случаями смерти от инсульта в учреждениях здравоохранения путем создания кураторства кафедрами национального уровня каждой области и назначения координаторов в области неврологии на областном уровне.
- Разработать и внедрить образовательные программы для населения по признакам инсульта и оказанию первой помощи для населения (через СМИ, информационные буклеты и др.).