

К вопросу оценки качества медицинской помощи при инсульте по данным регистра острого мозгового инсульта в г. Вологде

Г.Т. Банщиков², А.И. Попугаев¹, А.В. Соколов³, А.М. Калинина¹

¹ФГУ ГНИЦ Профилактической медицины Росмедтехнологии. Москва; ²Департамент здравоохранения Вологодской области. Вологда; ³Городская больница № 1. Вологда, Россия

Stroke care quality assessment based on stroke register in Vologda City

G.T. Bانشchikov², A.I. Popugaev¹, A.V. Sokolov³, A.M. Kalinina¹

¹State Research Centre for Preventive Medicine, Federal Agency on High Medical Technologies. Moscow;

²Vologda Region Healthcare Department. Vologda; ³City Hospital No. 1. Vologda, Russia

Цель. Проанализировать характеристики организации оказания медицинской помощи в г. Вологде в континууме ее преемственности на амбулаторном, догоспитальном и стационарном этапах в течение первых 28 дней при остром мозговом инсульте (МИ).

Материал и методы. Разработана и внедрена в городское здравоохранение г. Вологды технология регистрации случаев острого МИ (регистр МИ), оценены результаты в течение 2001–2005 гг.

Результаты. Все годы наблюдения среди жителей г. Вологды регистрировались случаи раннего МИ в возрасте < 30 лет. Анализ данных показал, что на протяжении всего периода наблюдения у больных АГ, перенесших острый МИ, снижается качество медикаментозного лечения. В первые сутки острого МИ госпитализируют большинство больных (~ 3/4). Больные поздно вызывают врача скорой медицинской помощи (СМП), а ~ 1/4 пациентов, имея признаки нарушений мозгового кровообращения, вызывают участкового врача или приходят на амбулаторный прием. Диагноз острого МИ устанавливался бригадами СМП в 65,6–68,2 %, участковым врачом в 17,9–23,1 % случаев в разные годы наблюдения. В течение первых 28 дней заболевания умирает ~ 1/4 больных, летальность в течение первого года после острого МИ составляет 46,4 %. Эффективность контроля артериальной гипертензии (АГ) на стационарном этапе у больных острым МИ высокая.

Заключение. Регистр МИ позволил выявить недостатки амбулаторного ведения больных, особенно с высоким сердечно-сосудистым риском. Эффективность контроля АГ на стационарном этапе медицинской помощи больным острым МИ повышена.

Ключевые слова: эпидемиология, мозговой инсульт, регистр, качество медицинской помощи.

Заболевания мозговых сосудов в последние годы становятся одной из ведущих проблем здоровья населения [1].

Aim. To analyze the quality of medical help to Vologda citizens with acute cerebral stroke (S), considering healthcare continuum at ambulatory, pre-hospital and hospital levels in the first 28 days from S development.

Material and methods. In the Vologda City healthcare system, the technology for registering acute S cases (S register) has been developed, with 2001–2005 results analyzed.

Results. During the whole follow-up period, early S cases (<30 years) have been registered among Vologda City citizens. In patients with arterial hypertension (AH), pharmaceutical therapy quality deteriorated after S. Most S patients (approximately 75 %) were hospitalized in the first 24 hours. Many patients applied for emergency medical help (EMH) late, and about 25 % applied to their general practitioner, via home visits or ambulatory appointments. In various years of follow-up, acute S was diagnosed by EMH doctors in 65,6–68,2 % of the cases, and by general practitioners – in 17,9–23,1 %. During the first 28 days, about 25 % of the S patients died, during the first year – 46,6 %. AH control effectiveness was high in S individuals during their hospital treatment.

Conclusion. S register demonstrated the defects of ambulatory S treatment, especially in patients with high cardiovascular risk. AH control effectiveness was high in hospitalized hypertensive patients with acute S.

Key words: Epidemiology, cerebral stroke, register, healthcare quality.

Научной основой для оценки эпидемиологической ситуации в регионах и эффективности работы по профилактике и лечению острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) служит регистр мозгового инсульта (МИ), в задачи которого входит не только определение частоты заболеваний, но и качества, полноты системы оказания помощи больным и расчет потребности в различных видах медицинской помощи — профилактической, лечебной и реабилитационной, на всех этапах ее оказания [2–5].

В рамках программы “Регистр инсульта в России” [6] показано, что заболеваемость инсультом в России в 2001–2003 гг. среди лиц > 25 лет составила 3,5 на 1 тыс. населения в год. Стандартизованный по возрасту показатель — 2,6 на 1 тыс. населения в год.

Материал и методы

В г. Вологде разработана технология регистрации случаев острого МИ (регистр острого МИ) и внедрена в здравоохранение с 2000г; первые результаты были опубликованы в 2004г. [8]

Технология регистра МИ в г. Вологде преследовала три основные цели:

- оценить полноту регистрации случаев острого МИ по сравнению с данными официальной медицинской статистики по г. Вологде для возможности использования этой инновационной технологии в качестве инструмента оценки программ по профилактике и лечению МИ в регионе;

- изучить связь острого МИ с возрастными-гендерными характеристиками и традиционными управляемыми факторами риска (ФР) для формирования научно-обоснованной региональной стратегии целевой профилактики этого грозного осложнения на индивидуальном уровне;

- проанализировать с позиции управления качеством медицинской помощи при остром МИ на популяционном/региональном уровне особенности организации оказания медицинской помощи (полнота, качество, эффективность) в континууме ее преемственности в г. Вологде:

- на предшествовавшем острому МИ амбулаторном этапе динамического наблюдения за больными артериальной гипертензией (АГ);
- на догоспитальном этапе в острой фазе МИ;
- на стационарном этапе в течение первых 28 дней.

Ежегодная регистрация случаев острого МИ среди взрослого населения г. Вологды осуществлялась под руководством главных специалистов Департамента здравоохранения Вологодской области (ДЗВО) по специально разработанному алгоритму сбора данных и единому протоколу с заполнением унифицированной регистрационной карты. Непосредственный сбор данных выполняли врачи-неврологи отделения неотложной неврологии городской больницы № 1, подготовленные по стандартной методике диагностики МИ.

Информацию о случаях острого МИ или подозрениях на его возникновение, в т.ч. случаях летального исхода до приезда скорой медицинской помощи (СМП), собирали

ежедневно от старших дежурных врачей СМП, от заведующих терапевтическими, неврологическими отделениями поликлиник/стационаров. Еженедельно анализировались данные патолого-анатомических и судебно-медицинских аутопсий. На каждого больного, включенного в регистр МИ, заполняли стандартную карту “Регистр острого мозгового инсульта”, составленную совместно с НИИ неврологии РАМН на основе рекомендаций ВОЗ и адаптированную к задачам принятия управленческих решений на региональном уровне по совершенствованию организации медицинской и, в частности, профилактической помощи [4]. Диагноз МИ устанавливался в соответствии с рекомендациями НИИ неврологии РАМН на основе стандартных критериев [8]. В случаях смертельных исходов диагноз верифицировался по данным вскрытия.

Карта содержала данные объективного обследования пациента, информацию, полученную от родственников и лечащего врача, выкопировку из амбулаторной карты/истории болезни. В случае смерти в карту вносились данные патолого-анатомического и судебно-медицинского вскрытия.

Критерии острого МИ — ОНМК, характеризующиеся внезапным (в течение минуты, реже часов) появлением очаговой неврологической и/или мозговой симптоматики, которая сохранялась > 24 ч или приводила к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной этиологии.

Диагноз острого МИ ставился в соответствии с МКБ-10 и включал следующие коды: I60,0 (I60,1) — субарахноидальное кровоизлияние; I61 (I61,0) — внутримозговое и другие кровоизлияния; I63 — инфаркт мозга; I64 — инсульт неуточненный. При анализе официальной медицинской статистики эти состояния часто анализируют в общем классе цереброваскулярных болезней (ЦВБ), в который входят помимо перечисленных кодов острого МИ, также остальные коды класса “I” до I69 включительно.

В настоящей статье представлен анализ результатов в соответствии с перечисленными выше задачами, полученными за 5-летний период 2001–2005 гг. (за исключением данных 2003г, когда сбор данных не проводился).

Результаты и обсуждение

За весь период наблюдения зарегистрированы 3067 случаев острого МИ среди взрослого населения г. Вологды, что позволило провести достоверный статистический анализ характеристик заболевания. В большинстве случаев во все годы наблюдения острый МИ происходил у пациентов на дому: 2001г — 80,7 %, 2002г — 81,3 %, 2004г — 81,9 %, 2005г — 81,7 %; ~ 5–6 % случаев острого МИ развивались у больных, когда они находились на улице, 4–5 % — на работе. У остальных острый МИ возникал либо в больнице (2–3,5 %), либо в неизвестном месте (5,0–0,3 %) в разные годы наблюдения.

Возрастная структура больных острым МИ по годам наблюдения представлена на рисунке 1 (женщины) и рисунке 2 (мужчины).

Возрастная структура случаев острого МИ имеет достоверные гендерные различия — в структуре острых МИ возрастная группа < 50 лет и среди мужчин, и среди женщин была практически одинакова все

Таблица 1

Характеристика больных острым МИ (по данным регистра МИ г. Вологда): анамнез, сопутствующие заболевания и ФР

Характеристики	2001		2002		2004		2005	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Анамнез								
МИ в анамнезе	125	16,9	88	12,6	122	14,1	93	12,3
ИМ в анамнезе	44	5,9	72	10,3	93	10,8	67	8,8
АГ в анамнезе	544	73,4	547	78,1	673	77,5	624	82,3
Отягощенная наследственность	437	59,0	386	55,3	458	52,8	598	78,9
Сопутствующие заболевания								
Стенокардия	431	58,2	458	65,8	581	66,9	551	72,7
Переменная хромота	88	11,9	115	16,6	176	20,5	105	13,9
СД	82	11,1	79	11,4	100	11,6	86	11,3
Нарушения ритма сердца	183	24,7	205	29,5	203	23,5	202	26,6
Ревматический порок сердца	14	1,9	12	1,7	16	1,9	15	2,0
ВСЕГО оба пола	741	100,0	700	100,0	868	100,0	758	100,0
Поведенческие ФР								
Курение, мужчины	183	51,8*	180	56,3*	215	51,7*	208	57,5*
Психоэмоциональное напряжение, мужчины	24	6,8*	14	4,5*	34	8,2*	21	5,8*
Чрезмерное употребление алкоголя, мужчины	30	8,5*	35	11,2*	36	8,7*	55	15,2*
Всего мужчин	353	100,0	313	100,0	416	100,0	362	100,0
Курение, женщины	7	1,8*	9	2,3*	19	4,2*	21	5,3*
Психоэмоциональное напряжение женщины	57	14,7*	39	10,1*	58	12,8*	51	12,9*
Чрезмерное употребление алкоголя, женщины	4	1,0*	6	1,6*	11	2,4*	13	3,3*
Всего женщин	388	100,0	387	100,0	452	100,0	396	100,0

Примечание: * $p < 0,05$ между мужчинами и женщинами.

годы наблюдения; возрастная группа 50–59 лет превалировала среди мужчин, что закономерно привело к изменению структуры в старших возрастных категориях – резко, практически в 1,7–2 раза все годы наблюдения, уменьшается доля мужчин с острым МИ в возрасте > 60 лет и, особенно, > 70 лет.

Все годы наблюдения среди населения г. Вологды регистрировались случаи раннего острого МИ – в возрасте < 30 лет. Снижение среди мужчин доли острого МИ в пожилом возрасте свидетельствует о наиболее неблагоприятном течении у мужчин заболевания, осложнившегося МИ, и обосновывает важность приоритета профилактики этого осложнения в молодом и среднем возрастах особенно у мужчин.

Проведен среди больных острым МИ углубленный анализ ряда характеристик, влияющих на прогноз и развитие осложнений (таблица 1).

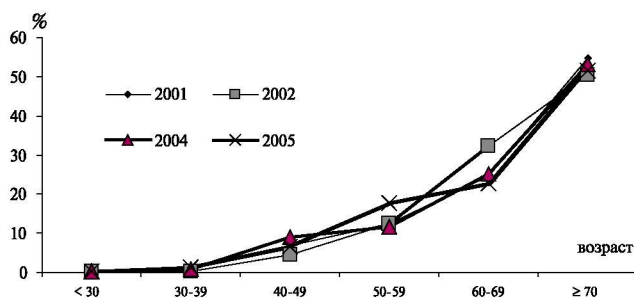


Рис. 1 Возрастная структура больных острым МИ (по данным регистра МИ) в г. Вологде. Женщины.

Как и ожидалось, большинство больных острым МИ имели в анамнезе АГ – 73–82 % в разные годы наблюдения. Перенесли в прошлом инфаркт миокарда (ИМ) 6–11 %, МИ – 12–17 %, страдали перемежающейся хромотой – 12–21 %, стенокардией – 58–73 %. Такая высокая частота среди больных острым МИ заболеваний, связанных с атеросклерозом, подтверждает единство их патогенетического развития и доказывает обоснованность единой концепции их профилактики. Частота сахарного диабета (СД), который, как известно, повышает риск и ухудшает прогноз, особенно в ситуации уже развившегося осложнения, встречался у 11–13 % больных.

Четверть больных имели нарушения ритма сердца, что также является важным ФР инсульта. Неатерогенную природу МИ можно было предположить только у 2 % больных с ревматическими пороками сердца, что, впрочем, не исключает

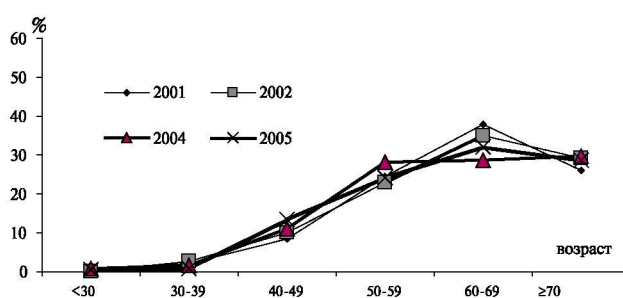


Рис. 2 Возрастная структура больных острым МИ (по данным регистра МИ) в г. Вологде. Мужчины.

Таблица 2

Сроки госпитализации больных острым МИ (данные регистра острого МИ)
в г. Вологде в период 2001–2005 гг.

Время пол	Сроки госпитализации							
	до 6 ч		7–24 ч		позднее 24 ч		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2001г								
мужчины	177	73,1	45	18,6	20	8,3	242	100,0
женщины	204	79,1	28	10,9	26	10,1	258	100,0
оба пола	381	76,2	73	14,6	46	9,2	500	100,0
2004г								
мужчины	251	60,3	82	19,7	83	20,0	416	100,0
женщины	252	55,8	107	23,7	93	20,6	452	100,0
оба пола	503	57,9	189	21,8	176	20,3	868	100,0
2005г								
мужчины	203	56,1	63	17,4	96	26,5	362	100,0
женщины	253	63,9	70	17,7	73	18,4	396	100,0
оба пола	456	60,2	133	17,5	169	22,3	758	100,0

и сочетанной патологии с атеросклеротическими заболеваниями. Большинство больных острым МИ имели отягощенную наследственность (53–79 %).

Характеристика течения АГ у больных острым МИ (по данным регистра). У большинства больных, перенесших острый МИ в анамнезе, была АГ. Кризовое течение АГ может стать дополнительным ФР сосудистого осложнения. Среди больных острым МИ кризовое течение АГ за 2 года, предшествовавших мозговой катастрофе, отмечено в 2001г у 60,5 % от всех больных острым МИ и у 82,4 % больных АГ в анамнезе; в 2002г у 71,9 % и 95,1 % соответственно; в 2004г – у 68,0 % и 87,7 %, в 2005г – у 74,4 % и 90,4 % соответственно. Следовательно, полученные данные подтверждают положение о том, что наличие гипертонических кризов (ГК) является прогностически более неблагоприятным течением АГ. В качестве практической рекомендации для врачей первичного звена следует указать на то, что при кризовом течении АГ и, особенно, при появлении ГК на фоне относительно ровного течения заболевания риск развития острого МИ наиболее велик.

Амбулаторный этап ведения больных АГ, предшествовавший развившемуся острому МИ (по данным регистра). Известно, что АГ является основным ФР острого МИ. Проведен анализ качества лечения больных АГ, включенных в регистр МИ: в течение 2-х, предшествовавших развитию острого МИ, лет – долгосрочный контроль АГ, и в течение последних 3-х месяцев перед развитием острого МИ – краткосрочный контроль АГ (рисунок 3). Анализ показал, что на протяжении всего периода наблюдения у больных АГ, перенесших острый МИ, снижается качество долгосрочного медикаментозного лечения. Во-первых, доля больных, принимающих постоянно антигипертензивные препараты (АГП), среди

перенесших острый МИ менее половины и постепенно снижается за годы наблюдения: 2001г – 40,1 %; 2002г – 41,4 %; 2004г – 36,4 %; 2005г – 33,7 %. Имеют место гендерные различия – на протяжении всех лет наблюдения охват постоянным медикаментозным лечением среди мужчин был в 1,5–2 раза ниже, чем у женщин. По данным 2005г за последние 2 года до развития МИ не лечились 22,3 % мужчин с АГ и 12,3 % женщин.

Анализ качества контроля АГ в краткосрочный период показал аналогичные результаты (рисунок 1). Доля больных, принимающих постоянно АГП в течение последних 3 месяцев до МИ, сохраняется низкой на протяжении всех лет наблюдения и практически не отличается от вышеприведенных данных: 2001г – 41,0 %; 2002г – 42,4 %; 2004г – 37,9 %; 2005г – 34,6 %. Не было установлено, что охват медикаментозным лечением больных АГ увеличивается перед угрозой осложнения, т. е. ни у врача, ни у больных не возникло настороженности в отношении возможной катастрофы. Регистр МИ позволил выявить недостатки амбулаторного ведения больных, особенно с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Вместе с тем, необходимо отметить, что проведенный анализ, безусловно, не может претендовать на полную экспертную оценку качества лечения АГ, т.к., во-первых, оценивалось только одно направление медикаментозной коррекции сердечно-сосудистого риска у больных АГ (терапия АГП), во-вторых, данные о приеме препаратов, как указано выше, собирались по разным источникам, что могло повлиять на их достоверность. Однако полученные результаты обращают на себя внимание с позиции принятия управленческих решений. Безусловно, имеют место недостатки медикаментозного контроля АГ в первичном звене здравоохранения, прежде всего в отношении групп высокого риска, а также подтверждается, что плохой медикаментозный контроль АГ у больных

Таблица 3

Летальность больных острым МИ к 28 дню заболевания за период 2001–2005 гг. (по данным регистра острого МИ), г. Вологда, 2001–2005 гг.

Годы	2001			2002			2004			2005		
Возраст (лет)	абс.	умерли	%	абс.	умерли	%	абс.	умерли	%	абс.	умерли	%
< 30	3	-	-	1	1	100,0	4	1	25,0	3	-	-
30–39	13	2	15,4	9	2	22,2	11	4	36,4	8	-	-
40–49	57	7	12,3	48	13	27,1	87	18	20,7	75	11	14,7
50–59	135	18	13,3	120	29	24,2	170	27	15,9	158	42	26,6
60–69	229	60	26,2	235	55	23,4	232	59	25,4	206	44	21,4
≥ 70	304	110	36,2	287	101	35,2	364	108	29,7	308	89	28,9
Всего	741	197	26,6	700	201	28,7	868	217	25,5	758	186	24,5

с высоким сердечно-сосудистым риском служит дополнительным ФР развития таких грозных осложнений как острый МИ.

Таким образом, необходимость реализации стратегии высокого риска, особенно в долгосрочной перспективе нашла свое подтверждение по данным многолетнего регистра острого МИ в г. Вологде.

Догоспитальный этап. Для оценки качества оказания первой медицинской помощи больным острым МИ проанализированы сроки госпитализации больных от начала заболевания. В анализ включены случаи острого МИ у больных, выживших к моменту госпитализации, и на которых собрана информация из амбулаторных карт (таблица 2). Анализ представлен за 2001, 2004, 2005 гг. Данные 2002г по данному параметру отсутствуют (выкопировка карт не проводилась).

В первые сутки заболевания госпитализируется большинство (~ 3/4) больных, что важно для эффективности лечения. Диагноз острого МИ устанавливался бригадами СМП в 2001г в 65,6 % случаев, в 2004г – в 67,5 %, в 2005г – в 68,2 %. Больные поздно вызывают врача СМП, а ~ 1/4 не обращаются за СМП, а вызывают участкового врача или приходят к врачу на амбулаторный прием, уже имея признаки НМК. Отмечается высокий процент выявления острого МИ участковым врачом – в 2001, 2004 и 2005 гг. – 17,9 %; 21,9 %; 23,1 % соответственно, неврологом – 14,4 %; 9,0 %; 7,1 % соответственно, и другими специалистами, что свидетельствует о

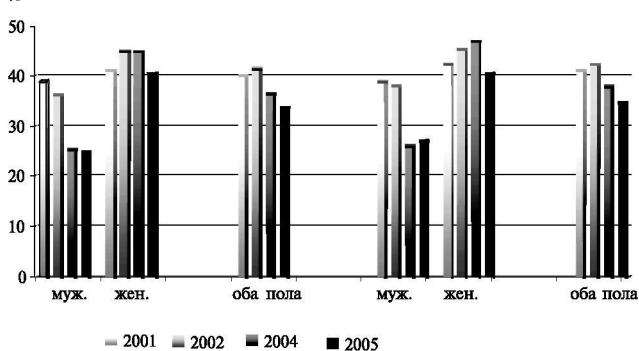


Рис. 3 Охват постоянным приемом АПП больных АГ, перенесших острый МИ (по данным регистра МИ), г. Вологда 2001–2005 гг.

недостаточной настороженности в отношении риска этого осложнения. На дому остаются (или оставляются медицинскими работниками) в основном пациенты пожилого возраста. Вместе с тем, нередки случаи отказа родственников или самих пациентов от госпитализации. Тот факт, что на протяжении всего периода наблюдения продолжают регистрироваться случаи отказов (часто не обоснованных) со стороны родственников заслуживает внимания и требует более интенсивной работы с населением, больными и их родственниками по повышению медицинской грамотности и формированию в целом культуры здоровья.

Таким образом, проведенный анализ подтверждает, что качество оказания своевременной первой, догоспитальной помощи больным острым МИ, а соответственно и помощи, определяющей прогноз и исходы заболевания, остается низким, прежде всего, по причине недостаточной информированности больных. Данные подтверждают, что информирование больных – основа не только профилактики осложнений, но и их успешного лечения. В этой связи развитие в регионе школ здоровья для пациентов с АГ и настороженность в отношении риска осложнений со стороны участковой службы являются первостепенными факторами своевременности и качества оказания медицинской амбулаторной помощи при таком грозном осложнении как острый МИ.

Стационарный этап: клинико-организационные аспекты. Летальность при остром МИ в рамках

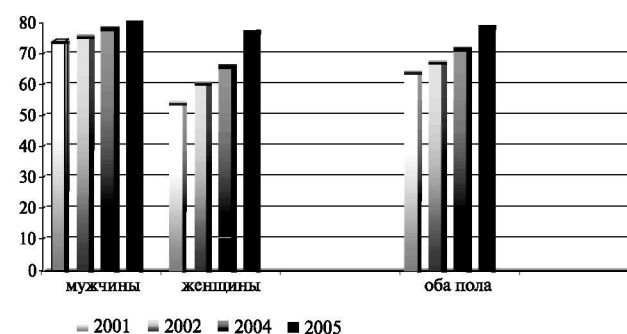


Рис. 4 Уровень АД < 140/90 мм рт.ст. на 28 день острого МИ, в % от выживших больных (по данным регистра МИ), г. Вологда 2001–2005 гг.

регистра оценивалась в течение первых 28 дней (таблица 3). Анализ показал, что в течение первых 28 дней заболевания умирает ~ четверти больных на протяжении всех лет наблюдения, причем с возрастом летальность увеличивается. Отмечены различия в динамике показателя летальности в период наблюдения в зависимости от возраста — если в старших возрастах летальность сохраняется все годы на стабильно высоком уровне, то в более молодых возрастах (< 50 лет) в период 2001–2004 гг. летальность увеличивалась (таблица 3). К 2005г наметилась тенденция к увеличению выживаемости в первые 28 дней больных острым МИ молодого возраста.

Данные регистра острого МИ первого года наблюдения (2001г) позволили проследить долгосрочный прогноз выживаемости больных [7,8]. Всего в течение первого года летальность составила 46,4 %, причем в большинстве летальных исходов наступали в первые 28 дней заболевания (67,2 % от умерших).

Эффективность контроля АГ на стационарном этапе медицинской помощи больным острым МИ. К 28 дню наблюдения среди выживших больных изучена частота различных уровней артериального давления (АД). Данный анализ не ставил целью оценить достижение целевого уровня АД у каждого пациента, т. к. это потребовало бы долгосрочной экспертной оценки, что не входит в задачи регистра острого МИ. Вместе с тем, оценка величины АД по современным критериям ВНОК [9] позволила оценить уровни АД среди выживших к 28 дню заболевания острым МИ.

Анализ показал, что на 28 день заболевания у большинства больных АД было < 140/90 мм рт.ст., что можно считать хорошим прогностическим признаком. Отмечено, что доля больных с таким уровнем АД с годами увеличивалась и достигла к 2005г 78,4 %. Следует отметить, что стационарный этап лечения в отличие от амбулаторного выявил обратные гендерные особенности — если амбулаторное лечение АГ было более эффективным у женщин, то на протяжении всех лет наблюдения в период пребывания в стационаре женщины лечились менее успешно, чем мужчины (рисунок 4). Эти закономерности представляют интерес и требуют углубленного изучения с оценкой тяжести течения, психологической переносимости пребывания в стационаре и др., что в задачи регистра острого МИ не входило, и может быть изучено в дальнейшем в клинических исследованиях.

Таким образом, внедрение инновационной технологии регистра острого МИ в системе городского здравоохранения г. Вологды позволило получить важные для управленческих решений результаты:

- обоснована потребность в расширении массовых мероприятий среди населения и больных по повышению уровня медицинской грамотности в вопросах профилактики МИ;

- выявлена недостаточная настороженность медицинских работников и больных в отношении риска развития МИ;

- отмечен недостаточный уровень контроля за больными с высоким риском заболевания;

- программные мероприятия должны быть расширены в направлении повышения медицинской активности больных, приверженности выполнению врачебных назначений, обучения самоконтролю и самопомощи;

- именно амбулаторный этап медицинского контроля определяет вероятность развития осложнений, нелеченные больные представляют группу дополнительно повышенного риска МИ, особенно среди мужчин;

- отмечено улучшение лечения больных на стадии острого МИ в стационарных условиях города, что можно рассматривать как позитивный результат областной целевой программы профилактики АГ.

Выводы

Все годы наблюдения среди жителей г. Вологды регистрировались случаи раннего острого МИ — в возрасте < 30 лет. Среди мужчин в пожилом возрасте отмечается снижение доли острого МИ, что свидетельствует о наиболее неблагоприятном течении у мужчин АГ, осложняющейся острым МИ в более молодых возрастах, чем у женщин, и обосновывает приоритет профилактики этого осложнения в молодом и среднем возрастах, особенно среди мужчин.

Регистр МИ позволил выявить недостатки амбулаторного ведения больных, особенно с высоким риском ССО. Анализ показал, что на протяжении всего периода наблюдения у больных АГ, перенесших острый МИ, снижается качество медикаментозного лечения.

В первые сутки острого МИ госпитализируется большинство больных (~ 3/4), что важно для эффективности лечения. Однако диагноз острого МИ на протяжении наблюдения устанавливали бригады СМП в 65,6–68,2 %. Больные поздно вызывают врача СМП, а ~ четверти не обращаются за СМП, а вызывают участкового врача или приходят к врачу на амбулаторный прием, уже имея признаки НМК. Диагноз острого МИ устанавливал участковый врач в 2001, 2004 и 2005 гг. — 17,9 %; 21,9 %; 23,1 %, соответственно, что свидетельствует о недостаточной настороженности в отношении риска этого осложнения.

Анализ показал, что в течение первых 28 дней заболевания умирает ~ 1/4 больных на протяжении всех лет наблюдения, с возрастом летальность увеличивается. В течение первого года после острого МИ летальность составила 46,4 %, причем в большинстве летальных исходов смерть наступала в первые 28 дней заболевания (67,2 % от умерших).

Эффективность контроля АД на стационарном этапе медицинской помощи больным острым МИ на 28 день заболевания по критерию достижения целевого уровня АД оказалась высокой, что

можно считать хорошим прогностическим признаком. Доля больных с целевым уровнем АД с годами увеличивалась и достигла к 2005г 78,4 % на момент выписки.

Литература

1. Харченко В.И., Какорина Е.П., Корякин М.В. и др. Смертность от болезней системы кровообращения в России и экономически развитых странах. (Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗ и СР России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме). РКЖ 2005; 2: 3–9.
2. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты, проблемы. Инсульт 2001; 1: 34–40.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. и др. Эпидемиология инсульта в России. Cons med 2003; 5: 22–9.
4. Фейгин В.Л., Никитин Ю.П., Холодов В.А. Эпидемиология мозгового инсульта в Сибири по данным регистра. Эпидем организ неврол психиатр пом 1996; 6: 59–65.
5. Elkind MS, Sacco RL. Stroke risk factors and stroke prevention. Semin Neurol 1998; 18: 429–40.
6. Регистр инсульта. Методические рекомендации по проведению исследования. Москва 2001.
7. Банщиков Г.Т., Колинко А.А., Калинина А.М. и др. Результаты анализа регистра мозгового инсульта в г. Вологде. Профил забол укреп здор 2004; 4: 34–7.
8. Банщиков Г.Т. Артериальная гипертензия: эпидемиологическая ситуация и оптимизация ее контроля в первичном звене здравоохранения областного центра. Автореф дисс докт мед наук. Москва 2004.
9. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов “Диагностика и лечение артериальной гипертензии”. Приложение 2 к журналу “Кардиоваск тер профил” 2008; 7(6): 32 с.

Поступила 01/11–2008