

М.Ф. Исмаилов

**НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ — ВАЖНЕЙШАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

*Казанский государственный медицинский университет*

На рубеже второго и третьего тысячелетий цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), особенно наиболее тяжелые их формы — мозговые инсульты (МИ), приобрели значимость важнейшей медико-социальной проблемы, представляя большую угрозу для здоровья нации. По данным ежегодника мировой санитарной статистики, за последние 30 лет суммарные показатели заболеваемости МИ и смертности от него во многих странах мира имеют явную тенденцию к росту. К 1995 г. из 31 государства Европы лишь в трех странах в возрастной группе от 25 до 74 лет показатель смертности от МИ был выше 200 на 100 тыс. населения: это Португалия — 219,0, Болгария — 232,3 и Россия — 245,6 (рис. 1).

В Австралии, например, смертность от МИ с 1967 по 1997 г. снизилась более чем на 70%.

По данным ВОЗ, в России ежегодно МИ развивается у 400—500 тыс. человек, около 200 тыс. из них погибают. Лишь 20% выживших больных могут вернуться к работе. Одну треть заболевших инсультом составляют лица трудоспособного возраста. В настоящее время в России проживают более одного миллиона человек, перенесших МИ, большинство из которых инвалиды. Финансовые затраты на это заболевание в разных странах ограничены и являются главным источником истощения скудных ресурсов здравоохранения каждой страны. Сумма прямых и непрямых расходов на

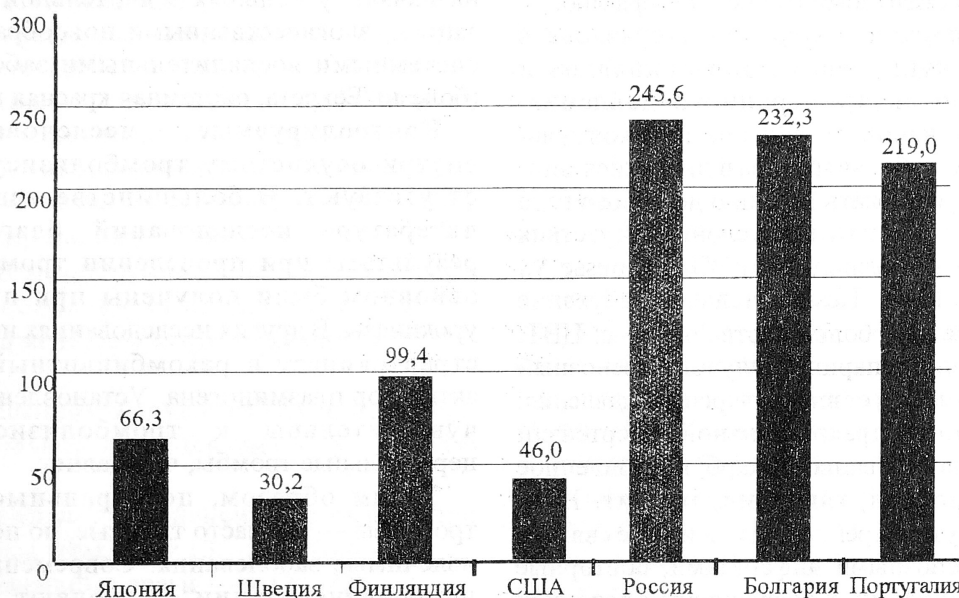


Рис. 1. Смертность от ЦВЗ в различных странах мира (1995 г.)

Через три года, к 1998 г. показатель смертности от МИ в России достиг рекордной цифры — 285,9, в то время как в США, Франции, Японии, Швеции, Австралии и других странах наблюдалось его существенное снижение вплоть до стабилизации на отметке 30—100 на 100 тыс. населения.

одного больного МИ, по данным ВОЗ, варьирует от 55 до 73 тысяч амер. долларов. Исходя из этого, потери нашего государства в связи с МИ составляют от 16 до 22 млрд амер. долларов в год.

Не меньшую остроту и медико-социальную значимость эта проблема имеет и в Республике

Татарстан (РТ). Темпы роста частоты ЦВЗ и острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в РТ не снижаются (табл. 1). Так, заболеваемость на 100 тысяч взрослого населения в РТ выше более чем на 20% по сравнению с общероссийским показателем (по данным 1999 г. соответственно 467,0 и 393,0). В то же время смертность от ЦВЗ в РТ ниже на 25—30%, чем в общероссийской популяции (по данным 1999 г. соответственно 208,0 и 320,0).

Таблица 1

Некоторые показатели ЦВЗ в общероссийской популяции (числитель) и в Республике Татарстан (знаменатель)

Показатели	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Заболеваемость на 100 тысяч населения	360,0	372,0	393,0	—	—
	—	—	467,0	471,0	482,0
Заболеваемость на 100 тысяч населения	290,0	298,0	320,0	—	—
	215,0	221,0	208,0	203,0	204,0
Летальность на 100 польз. больных	В России: 30—35% в остром периоде				
		31,0%	29,4%	27,3%	20,5%
Инвалидизация на 10 тысяч населения	В России: 3,2 на 10000 населения				
	3,6	3,8	4,11	5,0	5,49

тогда как общероссийский показатель достиг 30,0% и выше. Быть может, снижение смертности и летальности от ЦВЗ и привело к существенному повышению показателя инвалидизации больных, перенесших МИ в РТ. В течение последних пяти лет он держится на уровне 5,0 на 10 тысяч населения при 3,2 в России.

Особую тревогу вызывает высокая заболеваемость МИ среди городских жителей РТ. Так, за годы последнего пятилетия МИ в казанской популяции развивался на 26,0—49,0% чаще (614 на 100 тысяч), чем в общероссийской (405 на 100 тысяч). Причем в данной популяции МИ встречается более чем в 2 раза чаще, чем острая ишемия миокарда (ОИМ). Простые расчеты показывают, что по размерам гуманитарных и экономических потерь частота МИ в г. Казани значительно выше, чем инфаркт миокарда (табл. 2).

Среди нозологических форм заболеваний, с которым госпитализируют больных в неврологические стационары по линии скорой и неотложной медицинской помощи (СиНМП), от 89 до 93% приходится на МИ, стационарная летальность от которого, а также смертность в целом от ЦВЗ в г. Казани продолжают неумолимо расти (табл. 3).

Таблица 2

Количество выполненных вызовов бригадами СиНМП г. Казани и число госпитализированных больных с ОИМ и МИ в 1998—2002 гг.

Заболелания	1998 г.		1999 г.		2000 г.		2001 г.		2002 г.	
	выполнено выездов	госпитализировано	выполнено выездов	госпитализировано	выполнено выездов	госпитализировано	выполнено выездов	госпитализировано	выполнено выездов	госпитализировано
	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.
ОИМ	2920	2149	2656	2148	2731	2154	3183	2514	3740	2917
	34,3	73,6	31,2	80,6	28,9	78,9	38,0	79,0	38,1	78,0
МИ	5582	1239	5870	1303	6693	4350	5193	3244	6094	3831
	65,7	22,2	68,8	22,2	71,1	65,0	62,0	62,5	61,9	62,7
Всего	8502		8526		9424		8376		9834	
	100		100		100		100		100	

В РТ также по сравнению со среднероссийскими данными существенно невысока стационарная летальность при МИ, которая в последние годы имеет явную тенденцию к снижению. Так, в 2001 г. она составила 20,5%,

Неутешительна и динамика показателей инвалидизации. В настоящее время в РТ насчитывается более 300 тыс. инвалидов, число которых ежегодно возрастает на 7—10%. В структуре причин инвалидности среди

Таблица 3  
Показатели смертности от ЦВЗ и стационарной  
летальности от МИ в г. Казани за пять лет  
(1998—2002 гг.)

Показатели	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Летальность при МИ, % (на 100 польз. больных)	17,9	18,4	18,6	20,6	19,2
Смертность при ЦВЗ (на 100 тысяч взрослого населения)	180,0	220,0	220,0	230,0	254,0

различных нозологических форм главенствующее место занимают ЦВЗ: они составляют около 35% от всех причин инвалидности.

Таким образом, частота ЦВЗ, наиболее грозным осложнением которых является МИ, имеет явную тенденцию к росту в популяции взрослого населения как России в целом, так и Республики Татарстан. Напрашивается вопрос: почему существующая система медицинской помощи больным неврологического профиля, в первую очередь при МИ, не препятствует прогрессивному снижению основных показателей здоровья наших граждан? Ответ неоднозначен. С учетом многофакторности данного процесса несомненно то, что причин тому множество — как объективных, так и субъективных.

Анализ различных аспектов этой проблемы показывает, что отрицательная динамика в регионах России, в частности в РТ, многих показателей, связанных с ЦВЗ, особенно с МИ, обусловлена не только социально-экономическими, но и медицинскими причинами. Существующая система оказания медицинской помощи больным с нарушением мозгового кровообращения (НМК) не обеспечивает потребности населения в ней. Минздравы РФ и РТ неоднократно на своих коллегиях рассматривали и принимали решения, направленные на совершенствование помощи больным с НМК. Последними действующими документами являются приказ МЗ РФ №2 от 25.01.99 г. «О мерах по улучшению медицинской помощи больным с НМК» и решение коллегии МЗ РТ №173 от 15.11.2001 г. Однако многие пункты этих важных документов остаются практически невыполненными. Процент госпитализации от общего числа заболевших ОНМК даже в крупных городах РТ до последних лет крайне низок (до 20%), хотя в последние два года ситуация стала изменяться к лучшему. Например, в Казани за 2001—2002 гг.

этот показатель по линии СиНМП поднялся до 62—63% (табл. 2). В республике функционируют 2157 неврологических коек для взрослых, в том числе 256 — для больных с патологией сосудов, а также палаты интенсивной терапии (ПИТ), однако количество сосудистых коек в ПИТ недостаточно для обеспечения специализированной помощи таким больным.

Несмотря на активную целеустремленную деятельность службы СиНМП на практике не удается в большинстве случаев экстренно госпитализировать больных с МИ в пределах «терапевтического окна», т.е. в течение первых 3—6 часов после инсульта. Около 60—75% больных с ОНМК госпитализируют позже. Кроме того, у каждого третьего больного, доставленного в приемное отделение, выявляется расхождение с направительным диагнозом или его несоответствие таковому. Следовательно, экстренная и неотложная медицинская помощь на догоспитальном и в первые часы госпитальном этапах оказывается значительному числу больных недифференцированно и неквалифицированно. Эффективность лечения больных с МИ в сосудистых отделениях не превышает таковую в общих неврологических отделениях. Это объясняется отсутствием возможности проведения экстренной интенсивной терапии: ПИТ недостаточно оснащены необходимой диагностической и лечебной аппаратурой, некомплектованы штатами реаниматологов, неудовлетворительно обеспечены необходимыми лекарственными препаратами. Наблюдаются недопустимые различия в тактике ведения больных с МИ. В нашей республике до сих пор не получила своего развития сосудистая нейрохирургия. Медицинская общественность с нетерпением ждет открытия Межрегионального клинко-диагностического центра (МКДЦ), ориентированного на хирургическое лечение патологии сосудов. В связи с этим нет должного взаимодействия неврологов и нейрохирургов в диагностике и ведении больных с МИ геморрагического характера (субарахноидальное кровоизлияние и паренхиматозный геморрагический инсульт), на долю которого приходится до 20% МИ, смертность же в остром периоде достигает 80%.

Не проводится организованно ни первичная, ни вторичная профилактика МИ, так как не приняты республиканские программы «Артериальная гипертензия» и «Нарушения



мозгового кровообращения», делаются лишь первые шаги на пути создания системы реабилитации больных, перенесших МИ. Население недостаточно проинформировано о факторах риска развития МИ, мерах его профилактики и последствиях.

Значительную часть больных ОМНК (до 50% и более) по РТ бригада СиНМП оставляет на дому с оформлением так называемого активного вызова врача поликлиники по месту жительства больного. Эта проблема чрезвычайно актуальна и нуждается в специальном изучении. Тем не менее предварительный выборочный анализ показал, что подавляющее большинство оставленных на дому с аморфным диагнозом «ОМНК», по существу, полностью лишены как неотложной, так и дифференцированной помощи — это свидетельствует о слабом участии амбулаторно-поликлинической службы в лечении тяжелых больных. Участковый терапевт обслуживает тяжелого или агонирующего больного с церебральной патологии по активному вызову в 70—90% наблюдений, причем, как правило, во второй половине первых или в начале вторых суток после церебральной катастрофы. Поэтому смертность оставленных дома больных с ОМНК варьирует от 45 до 63% в первые 2—3 суток.

Таким образом, можно констатировать, что в РТ большинству больных с НМК экстренная, неотложная и дифференцированная помощь своевременно не оказывается, осуществляется недостаточно и даже непрофессионально, поэтому ее эффективность из-за изъянов на догоспитальном и госпитальных этапах сводится к минимуму. Все это в совокупности и является, вероятно, одной из основных причин увеличения показателей смертности и инвалидизации больных, перенесших МИ. Если принять во внимание то, что основные принципы организации, кадровые и материальные возможности медицинских и лечебно-профилактических учреждений всех регионов нашей страны практически одинаковы, то можно предположить, что приведенная оценка некоторых параметров этой службы не является характерной лишь для нашего региона. Именно эти условия поддерживают нарастающую тенденцию к отрицательной динамике основных показателей здоровья населения России в целом.

Одновременно следует заметить, что даже при своевременно начатом лечении, успехи терапии при МИ остаются более чем скромными из-за низкой способности нервной ткани к восстановлению. Поэтому существует другой, более эффективный путь борьбы с ЦВЗ —

предупреждение НМК. Профилактика МИ основана на борьбе с известными факторами риска, которые предрасполагают к его развитию.

Как было отмечено выше, в экономически развитых странах мира в течение последних 15—20 лет наблюдается устойчивое снижение заболеваемости МИ и смертности населения, которая в 2—3 и более раз ниже, чем в России. Такой динамике способствовала целенаправленная государственная политика этих стран, предусматривающая как первичную, так и вторичную профилактику сосудистых мозговых катастроф, ориентированную на следующие цели: а) активное выявление и лечение артериальной гипертензии; б) хирургическая санация экстракраниальных отделов магистральных артерий головы; в) улучшение диагностики и лечения инсульта; г) повышение образовательного уровня населения; д) изменение образа жизни и характера питания населения.

Таким образом, МИ — это важнейшая медико-социальная проблема, которую легче и целесообразнее предупредить. Первичная и вторичная профилактика этого тяжелого заболевания должна находиться под эгидой государственной службы борьбы с МИ. Такая служба в России официально уже создана в 1999 г. — это Национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ), основными задачами которой являются совершенствование системы первичной и вторичной профилактики инсультов, улучшение качества медицины и социальной помощи больным, перенесшим МИ, внедрение в медицинскую практику новейших достижений науки, повышение профессионального уровня специалистов. Коллектив неврологов РТ обязан быть членом этой ассоциации. Мы возлагаем большие надежды на приказ Минздрава РТ от 18.11.2002 г. (№ 1223), согласно которому в Татарстане создается Республиканский аналитико-организационный отдел профилактики сосудистых заболеваний при МКДЦ, который станет штабом Татарстанского регионального отделения НАБИ. Основной задачей данного отдела в РТ будет совершенствование форм организации профилактики и оказания эффективной помощи больным ЦВЗ, ишемической болезнью сердца и с сосудистой патологией других органов.

Поступила 07.02.03.