

РОЛЬ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

***Н. В. Рогова, В. О. Островская, В. И. Стаценко, И. В. Куликова,
Н. В. Шмидт, Д. М. Сердюкова***

Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолгГМУ

Проведенное эпидемиологическое исследование выявило существенное отклонение от стандартов ведения при назначении лабораторно-инструментального обследования больным с острым нарушением мозгового кровообращения в лечебных учреждениях Волгограда. Срочная коррекция этих отклонений от стандартов позволит существенно повысить качество оказания медицинской помощи этой категории больных.

Ключевые слова: эпидемиологическое исследование, острое нарушение мозгового кровообращения, лабораторные и инструментальные методы обследования, стандарты ведения больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

THE ROLE OF LABORATORY AND INSTRUMENTAL METHODS IN THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH STROKE

N. V. Rogova, V. O. Ostrovskaja, V. I. Stacenko, I. V. Kulikova, N. V. Shmidt, D. M. Serdukova

This epidemiological study revealed a significant deviation from standards in management in the administration of laboratory and instrumental examinations to patients with stroke in Volgograd hospitals. Urgent correction of these deviations will improve the quality of medical care for this category of patients.

Key words: epidemiological study, stroke, laboratory and instrumental examination, standards for of patients with stroke.

По данным современных крупных международных исследований (STONE, 1996; Syst-Eur, 1997), в структуре сердечно-сосудистой патологии инсульты стали преобладать над инфарктами по частоте примерно на 30 % («инсультный парадокс») [1]. Не вызывает сомнения важность ранней диагностики инсульта, так как от этого зависят сроки начала лечения и его эффективность. Считается, что примерно у 40 % больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) очаговые повреждения мозга не могли бы быть верифицированы без компьютерной томографии (КТ) и магниторезонансной томографии (МРТ) [5]. Кроме того, раннее проведение тромболизиса при ишемическом инсульте, позволяет спасти больного, но это невозможно без точной диагностики и строгого мониторингирования состояния системы гемостаза. В своей работе мы решили оценить влияние соблюдения стандартов лабораторно-инструментальной диагностики на эффективность лечения и дальнейший прогноз больных с ОНМК.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести анализ структуры инструментальных и лабораторных назначений пациентам с ОНМК в стационарах Волгограда и выявить их соответствие имеющимся нормативным документам (приказ № 513, национальные клинические рекомендации, стандартам медицинской помощи пациентам с инсультом).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнено рандомизированное, одномоментное, простое описательное ретроспективное эпидемиологи-

ческое исследование. Рандомизация проводилась при помощи метода таблиц случайных чисел. Нами проведен ретроспективный анализ 396 истории болезни пациентов, находившихся на лечении в стационарах Волгограда за 2007—2009 гг. Критериями включения в исследование были истории болезни с диагнозом: ОНМК ишемического или геморрагического генеза. Исключались истории болезни пациентов с ОНМК, развившемся на фоне патологии сосудов головного мозга (микотическая аневризма, микроангиомы, кавернозные и венозные ангиомы, артериит, расслоение артерий), с опухолями головного мозга (по данным компьютерной томографии или магниторезонансной томографии), а также с геморрагическим инсультом и субдуральными гематомами травматического генеза. Сведения из историй болезней заносились в базу данных, созданную в MS Access 2007 г. Анализировались следующие показатели: возраст, пол, сопутствующая патология, фармакотерапия, инструментальные и лабораторные методы исследования, ведение медицинской документации. Из проанализированных историй болезни впервые ОНМК было у 316 (79,8 %) пациентов, средний возраст 68 лет ($\pm 2,02$), повторное — у 80 (20,2 %), средний возраст 67 лет ($\pm 1,98$). Женщин — 187 (47,22 %), средний возраст 70 лет ($\pm 1,72$), мужчин — 209 (52,78 %), средний возраст 66 лет ($\pm 2,02$). Соотношение геморрагического и ишемического инсультов составило 1:4 соответственно (ишемический — 320 (80,81 %), геморрагический — 65 (16,41 %) транзиторная ишемическая атака — 11 (2,78 %). Статистический анализ дан-

ных проводился в программе Microsoft Excel 2007 и Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При проведенном нами анализе инструментальных и лабораторных назначений больным с ОНМК выявлено, что такие методы физикального исследования, как измерение массы тела и роста пациента выполнялись лишь в 0,41 % случаев. Несмотря на то, что антропометрические методы исследования являются обязательными (приказ № 513, национальные клинические рекомендации). Ни в одной истории не рассчитывался индекс массы тела. Такой метод обследования больных с инсультом, как нейровизуализация головного мозга и сосудов, имеет принципиально важное значение для выбора дальнейшей тактики ведения пациентов. В реальной клинической практике МРТ головного мозга проводилась в 0,38 случаев на одного больного (по приказу № 513 — 0,1 случаев), в то время как КТ головного мозга проводилась лишь в 0,13 случаев на одного больного (приказ № 513 — 0,3). Хотя, по литературным данным, экстренная КТ головного мозга — наиболее предпочтительный метод исследования больных в остром периоде инсульта по соотношению цена-качество [3], а также для дифференциальной диагностики характера церебрального инсульта [4]. Для больных с ОНМК фактор времени является решающим, поэтому нейровизуализация должна быть максимально информативной и точной [3]. В реальной практике раннее проведение нейровизуализации головного мозга (до 3 часов от момента заболевания) составила менее 7 %. Как правило, КТ и МРТ исследования проводились позже, чем через 24 часа от момента поступления в стационар. Это связано не только с состоянием пациента (до 45 % с тяжелым инсультом МРТ проводиться не может по тяжести состояния и наличию противопоказаний [3]), но и с недоступностью широкого использования данных методов в реальной клинической практике (отсутствие в каждом стационаре, высокая стоимость).

Ультразвуковое сканирование (УЗ-сканирование) сонных артерий проводилось в 0,66 случаев на одного пациента, что явно недостаточно, в национальных клинических рекомендациях указано, что УЗ-сканирование (альтернативой может служить магниторезонансная ангиография) необходимо проводить всем больным в первые 1—3 дня для уточнения причины ОНМК и дальнейшей профилактики повторного инсульта.

Такие методы исследования, как ультразвуковая доплерография артерий (по приказу № 513 — 0,9 на одного больного) и дуплексное сканирование артерий (по приказу № 513 — 0,6 на одного больного), не проводились.

Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) проводилась чаще, чем того требует приказ № 513 (1 назначение на 1 больного) и стандарты ведения больных с инсультом. Мы связываем это с наличием сопутствующей кардиальной патологии у больных: фибрилляция предсердий — 95 пациентов (25,27 %), постинфаркт-

ный кардиосклероз — 90 пациентов (23,93 %). Следует отметить, что холтеровское мониторирование проводилось лишь в 0,09 случаев на одного больного (по стандартам ведения больных с инсультом — 0,3), несмотря на то, что холтеровское мониторирование предпочтительнее рутинной ЭКГ для выявления фибрилляции предсердий с подозрением на эмболический вариант инсульта у больного с синусовым ритмом [3]. Эхокардиография выполнялась в 0,35 случаев на одного больного. Но следует отметить, что не применялась отмеченная в национальных рекомендациях трансэзофагеальная кардиография (она является более предпочтительным методом, чем трансторакальная кардиография в выявлении кардиальных источников эмболий) [2].

Исследование общего анализа крови (4,59 % от всех назначений и 1,57 случаев на одного больного), общего анализа мочи (3,56 % от всех назначений и 1,21 случаев на одного больного) производилось чаще, чем указано в приказе № 513 и стандартах ведения пациентов. Это можно объяснить настороженностью врачей в плане различных инфекционных осложнений (в условиях реанимационных палат анализы крови и мочи делаются ежедневно). Оценка уровня гематокрита проводилась реже (0,65 случаев на одного больного), чем того требуют нормативные документы (1 на одного больного), а следовательно несвоевременно назначалась коррекция этих нарушений. Электролиты в крови исследовались практически у каждого пациента (0,91 случаев на одного больного), при необходимости данное исследование повторялось (после коррекции уровня электролитов).

Такие показатели, как международное нормализованное отношение (0,91 на одного больного) и активированное частичное тромбопластиновое время (1,21 на одного больного), назначались пациентам с фибрилляцией предсердий (коррекция дозы варфарина) и пациентам, получающим антикоагулянты прямого действия, что соответствовало стандартам ведения пациентов с ОНМК.

Исследование липидного профиля проводилось у всех пациентов (0,98 % на одного больного). Но следует отметить, что не у всех исследовались липопротеины низкой плотности (0,98 % на одного больного) и липопротеины высокой плотности (0,27 % на одного больного), что не позволяло дифференцированно проводить выбор препаратов для фармакологической коррекции. Обращает на себя внимание, что такие дополнительные исследования, как определение волчаночного фактора, антикардиолипидных антител, фактора V (Лейдена), антитромбина III, не проводились вообще. Хотя они необходимы при подозрении на васкулиты или патологию свертывающей системы крови (наследственного характера). Ни один пациент не был направлен на консультацию к нейрохирургу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, если лабораторная диагностика проводится больным с ОНМК весьма близко к требованиям стандартов, то инструментальная диагностика вы-

полняется несвоевременно и не в полном объеме, с серьезными нарушениями национальных и международных согласительных документов. На наш взгляд, это является одной из причин несвоевременной диагностики типа инсульта, приводит к отсутствию проведения тромболитической терапии в стационарах Волгограда и не своевременному принятию решения о необходимости направления больного на нейрохирургическое лечение. Строгое соблюдение стандартов лабораторно-инструментальной диагностики ОНМК в лечебных учреждениях Волгограда — единственно верный путь к повышению эффективности лечения данной группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. АРГУС. Артериальная гипертония у лиц старших возрастных групп: Монография. — М.: «Медицинское информационное агенство», 2002. — 448 с.

2. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Гехт А. Б. Неврология и нейрохирургия: Клинические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 368 с.

3. Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. — М, 2008г.

4. Скворцова В. И., Крылова В. В. Геморрагический инсульт: Практическое руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 160 с.

5. Howard G., Howard V. J. // Edited by Philip B. Gorelick and Miton Alter. The Parthenon Publishing Group. — 2002. — Vol. 1. — P. 1—10.

Контактная информация

Островская Виктория Олеговна — аспирант кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМУ, e-mail: vikki.ost@gmail.com

УДК 613.5:616-053.2(1-22)

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ В УСЛОВИЯХ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУХА ВНУТРИ ПОМЕЩЕНИЯ

Н. В. Полунина, А. А. Аль Сабунчи

Российский государственный медицинский университет, Москва

Загрязнение воздуха внутри помещений за счет использования твердых видов топлива и отсутствия вентиляции способствует накоплению мелких частиц сажи или пыли, оказывающих токсичное влияние на здоровье. Постоянное использование твердых видов топлива приводит к росту заболеваемости и, в первую очередь, к болезням органов дыхания. В связи с этим профилактические мероприятия должны быть направлены на внедрение других источников энергии, на оснащение жилищ вентиляцией и на регулярные медицинские осмотры населения.

Ключевые слова: загрязнения воздуха внутри помещения, твердые виды топлива, здоровье детей, болезни органов дыхания.

HEALTH STATUS FEATURES OF CHILDREN LIVING IN RURAL AREAS IN TERMS OF INDOOR AIR POLLUTION

N. V. Polunina, A. A. Al Sabunchi

Indoor air pollution from solid fuel and lack of ventilation contributes to the accumulation of fine particles of soot or dust particles that have a toxic effect on health. Continued use of solid fuels leads to an increase in morbidity and, first of all, diseases of the respiratory system. In this regard, preventive measures should be directed to introduction of other energy sources, improving the dwellings ventilation equipment and regular medical checkups of the population.

Keys words: indoor air pollution, solid fuels, children's health, respiratory diseases.

Охрана здоровья детского населения, установление роли различных факторов окружающей среды в его оптимизации относятся к одному из ведущих направлений развития социальной политики государства и являются важнейшей стратегической задачей здравоохранения во всех странах мира. Сохраняя здоровье детей, государство и общество создает фундаментальную основу для формирования здоровья взрослых членов общества, что, в свою очередь, является ключевым фактором и главным условием успешного экономического развития государства, поддержанием его стабильности и социальной безопасности.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить факторы загрязнения воздуха внутри помещения в сельских районах, пагубно влияющих на здоровье детей.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Опубликованные статистические данные и материалы научных исследований свидетельствуют, что неблагоприятные показатели здоровья детей и подростков в значительной мере определяются негативным воз-