

УДК 616.831 – 005 – 084

НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Е.М. Тищенко, д.м.н., профессор; С.Д. Кулеш, к.м.н., доцент;

М.Ю. Сурмач, к.м.н.; В.В. Каретко; Е.В. Шейко

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Осуществлён анализ структуры госпитализации по причине нарушений мозгового кровообращения (на материалах неврологического отделения Минской районной больницы). Обоснованы направления совершенствования профилактики данной патологии.

Ключевые слова: госпитализация, неврологическое отделение стационара, нарушения мозгового кровообращения, профилактика.

The hospitalization structure analysis of patients with cerebrovascular disorders has been made (based on the materials from the neurological department of Minsk Regional Hospital). The ways to improve prevention of the above pathology have been substantiated.

Key words: hospitalization, neurological department of hospital, cerebrovascular disorders, preventive medical activities.

Введение

В настоящее время сосудистые поражения мозга стали одной из ведущих причин смертности трудоспособного населения [1, 2]. Это связано с высоким уровнем распространения факторов риска сосудистой патологии. Способствуют развитию сосудистых заболеваний сердца и мозга такие факторы образа жизни, как нервное перенапряжение (хронический и острый психоэмоциональный стресс), недостаточная двигательная активность, нерациональное питание с избыточным потреблением животных жиров и высококалорийных углеводов, повышение потребления алкоголя, курение [3, 5]. Сочетаются с повышением распространённости сосудистой патологии мозга и рост заболеваемости сахарным диабетом, артериальной гипертензией, а также экологическое неблагополучие, урбанизация [4].

Широкое распространение, высокая смертность и инвалидизация населения по причине цереброваскулярных заболеваний и, в особенности, вследствие наиболее тяжелого их проявления – инсультов – обуславливают актуальность исследований по вопросам, связанным с профилактикой патологии мозгового кровообращения, и объясняют факт постановки данных нарушений в ряд остро актуальных проблем [6]. Борьба с цереброваскулярными заболеваниями, их профилактика, лечение и трудовая реабилитация представляются не столько медицинской, сколько медико-социальной проблемой, имеющей значение для государства.

Все виды острого нарушения мозгового кровообращения сопровождаются преходящей или стойкой неврологической симптоматикой. Для острого нарушения мозгового кровообращения характерно появление клинических симптомов со стороны нервной системы на фоне уже существующей сосудистой патологии: атеросклероза, гипертоничес-

кой болезни или артериальной гипертензии иного происхождения, ревматизма и некоторых других болезней (болезней крови, диабета, инфекционно-аллергических васкулитов и др.) [5].

Цель исследования – на основании анализа структуры госпитализации по причине нарушений мозгового кровообращения обосновать направления совершенствования профилактики данной патологии.

Материалы и методы

Проанализированы медицинские карты стационарных больных неврологического отделения Минской районной больницы за год. Объём выборки составил 272 пациента. Критерии включения – заключительные диагнозы и соответствующие им коды по МКБ-10: инфаркт мозга ИМ (I63), последствия перенесенного инсульта ПИ (I69), транзиторные церебральные ишемические атаки ТИА (G45), внутримозговое кровоизлияние ВМК (I61), субарахноидальное кровоизлияние САК (I60).

Проанализирована структура госпитализации по полу, возрасту, месту проживания (город-село), характеру госпитализации (экстренно-планово, первично-повторно, срокам поступления в стационар от момента начала заболевания), исходам заболевания, длительности лечения.

Результаты и обсуждение

В структуре причин госпитализации в неврологическое отделение первое место занял ИМ (47%), второе, со значительным отрывом – ПИ (24,4%). Несколько реже госпитализировались пациенты с ТИА (19,1% госпитализированных). Значительно реже наблюдались ВМК (5,1%) и САК (4,4%).

У трёх четвертей госпитализированных пациентов, помимо основного диагноза, отмечалась патология других органов и систем. Наличие одного сопутствующего заболевания наблюдалось у

23%, двух у 34%, трех и более у 43%. Наиболее часто сопутствующую патологию имели больные, страдающие инфарктом мозга. Среди сопутствующих заболеваний первое место занимает ишемическая болезнь сердца (у 46% пациентов), второе место разделяют хронические заболевания органов дыхания и желудочно-кишечного тракта.

Структура госпитализированных больных по полу выявила отсутствие статистически значимых различий: 48,1% мужчин и 51,9% женщин ($p > 0,05$).

Выявлены половые различия в структуре госпитализации по причинам (таблица 1). Так, в структуре госпитализации лиц мужского пола первое место занимает ИМ (50,4%). Вторая позиция принадлежит ПИ (29,8%), третья – ТИА (10,6%), четвертая – ВМК (6,1%). Наименьшую часть составляют мужчины, госпитализированные с САК (3,1%). Несколько иная картина прослеживается в структуре госпитализации лиц женского пола, где ведущее место аналогично выявленным для мужчин, однако ТИА занимают вторую (26,9%), а ПИ находятся на третьей позиции (19,2%).

Таблица 1 – Анализ структуры госпитализации по полу и причинам

Заключительный диагноз	Мужчины		Женщины	
	Доля госпитализированных, %	Ранговое место в ряду причин госпитализации ($p < 0,05$)	Доля госпитализированных, %	Ранговое место в ряду причин госпитализации ($p < 0,05$)
ИМ	50,4	1	44,0	1
ПИ	29,8	2	19,2	3
ТИА	10,6	3	26,9	2
ВМК	6,1	4	4,3	4
САК	3,1	5	5,7	4

В структуре госпитализации среди разных возрастных групп следует отметить некоторые особенности. Больше всего поступило лиц в возрастной группе 60-79 лет (48%). Доминирующим заболеванием в данной возрастной группе являлся ИМ (78,9%). На втором месте располагается возрастная группа 40-59 лет (35%), здесь преобладают ТИА (45,8%). Реже всего госпитализировались лица в возрасте от 80 лет и более (17%).

Среди лечившихся в стационаре было в два раза больше жителей города, чем сельского населения (соответственно, 68% и 32%).

По экстренным показаниям поступили большинство пациентов (85,2%), и около 14,8% были госпитализированы в плановом порядке. В первые шесть часов с момента развития заболевания в стационар доставлено 85,5% от всех госпитализированных, через 7-24 часа 7,4%. Около 7,1% заболевших были госпитализированы позднее 24 часов с момента развития заболевания.

Впервые в данном году по поводу данного заболевания госпитализировано 74,3%. Более четверти пациентов (27,7%) поступили повторно (рис. 1).

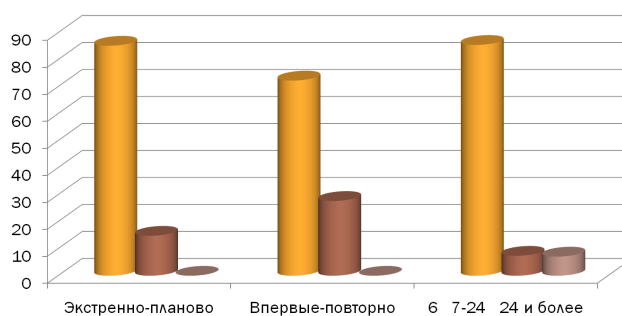


Рисунок 1 – Структура госпитализации в зависимости от особенностей поступления в стационар

Проследив сезонность госпитализации, мы установили, что наибольшие доли пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения поступают в стационар в весенний и осенний периоды (33,6% и 26,4%, соответственно).

Средняя длительность пребывания в стационаре составила 18 койко-дней. Наиболее длительно (23 дня) на лечении находились больные с внутримозговым кровоизлиянием и с инфарктом мозга. Наименьшее количество времени (14 дней) в стационаре провели лица с транзиторными ишемическими атаками.

Согласно статистическим картам выбывшего из стационара, около 90,6% госпитализированных выписаны домой с улучшением. Выздоровление регистрируется редко (3,7%). Без перемен выписаны 5,7% госпитализированных. Все из них – лица, имеющие последствия перенесенного инфаркта мозга.

Таким образом, основной причиной госпитализации в неврологическое отделение стационара является инфаркт мозга (47% госпитализированных). В большинстве случаев данное заболевание возникает на фоне уже имеющейся патологии. Преобладает экстренная госпитализация. Уровень госпитализации не зависит от пола. В то же время, сравнение нозологической структуры госпитализации у мужчин и женщин выявляет различия в госпитализации по причинам последствий перенесенного инфаркта мозга (преобладает у мужчин) и транзиторных церебральных ишемических атак (преобладает у женщин). Видимо, это связано с более высокой обращаемостью женщин в начальных стадиях развития нарушений мозгового кровообращения, и более низкой медицинской активностью на этапах транзиторных нарушений у мужчин, что способствует менее благоприятным исходам лечения в последующем.

Наиболее часто госпитализируются лица 60-79 лет (48%). В то же время, значительную часть госпитализированных (35%) составляет работоспособное население – люди в возрасте 40-59 лет. В сочетании с тем, что более четверти пациентов вынуждены госпитализироваться повторно, и выз-

дорование регистрируется в единичных случаях, следует отметить особую социально-экономическую значимость профилактики нарушений мозгового кровообращения в трудоспособном возрасте.

Доля городского населения среди госпитализированных почти в два раза превысила долю жителей села. Данная ситуация могла бы быть связана с различной доступностью медицинской помощи. В то же время, материалы получены в районном стационаре – следовательно, причины кроются в другом. Это подтверждает и выявленная сезонность госпитализации, с наиболее высокими значениями, приходящимися на весенний и осенний периоды. Следовательно, различия в госпитализации можно объяснить сезонностью работы на приусадебных участках в сочетании с преобладающим менее подвижным образом жизни городского населения.

Выводы

Полученные результаты следует учитывать не только при организации стационарной помощи (сезонность, нозологическая и возрастная структура госпитализации), но, прежде всего – в обеспечении медицинского профилактического наблюдения в амбулаторных условиях.

Необходимо осуществление комплекса профилактических мероприятий по изменению факторов образа жизни населения, особенно проживающе-

го в городе. Внимание следует уделить не только освещению среди населения актуальности проблемы нарушений мозгового кровообращения, но в большей степени – разъяснению действия факторов риска и возможностей их устранения. Необходимо широкое вовлечение в профилактическую работу населения трудоспособного возраста, мужчин. В профилактической работе с мужчинами важная роль принадлежит мероприятиям по повышению их медицинской активности, а именно, более активного поведения по отношению к потреблению медицинской помощи: своевременной обращаемости, в том числе с профилактической целью, точного выполнения индивидуальных рекомендаций.

Литература

1. Жарко, В.И. Состояние здоровья населения Республики Беларусь и стратегия развития здравоохранения / В.И. Жарко, В.З. Черепков, А.К. Цыбин // Здравоохранение. – 2007. – № 1. – С. 4-13.
2. Липовецкий, Б.М. Инфаркт, инсульт, внезапная смерть: Факторы риска, предвестники, профилактика / Б. М. Липовецкий. – СПб., 1997. – 191с.
3. Система прогнозирования возникновения мозговых инсультов и их профилактики: метод. рекомендации / Мин. гос. мед. ин-т, Бел. гос. ун-т; ред. А. Е. Семак. – Минск: МГМИ, 1999. – 39 с.
4. Четырнадцатая Европейская конференция по инсульту // Неврологический журнал. – 2005. – № 6. – С. 53 – 60.
5. Stroke / G.A. Donnan [et al.] // Lancet. — 2008. — Vol. 371. — P. 1612-1623.
6. Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low-and middle-income populations: evidence-based recommendations for policy-makers and health professionals / WHO; Geneva: WHO, 2003. – 99 p.

Поступила 22.12.08