

Информационный обзор №16

Качество лечения и профилактики инсультов в Кыргызской Республике

1. Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из ведущих причин смертности в Кыргызстане. Так, в 2006 году доля смертей от ССЗ в общей структуре причин смертности составила 47,5%. *Острый инфаркт миокарда (ОИМ) и мозговой инсульт* являются основными причинами смертности среди ССЗ, показатели которых в 2003 году составили 389 и 261 случаев на 100 тыс. населения соответственно (ВОЗ 2004). По показателю смертности от мозговых инсультов Кыргызстан прочно удерживает пальму первенства в Евроазиатском регионе последние 16 лет. Это послужило основанием для проведения настоящего исследования, в ходе которого был проведен ситуационный анализ содержания лечебной практики, профилактики, реабилитации ОИМ и мозгового инсульта на всех уровнях медицинской помощи – первичной, стационарной службы и высокоспециализированной помощи на третичном уровне. В настоящем информационном обзоре №16 представлены результаты исследования по мозговому инсульту. Результаты по ОИМ отражены в информационном обзоре №15.

2. Цель исследования

Проведение комплексной оценки качества лечения и профилактики ССЗ в Кыргызстане для определения дальнейших направлений и рекомендаций для стратегии «Манас Таалими» (2006-2010).

3. Методы

В исследовании были использованы следующие методы: сравнительный анализ местных и международных клинических руководств и протоколов по лечению мозговых инсультов; ретроспективный анализ 371 истории болезни и 155 амбулаторных карточек. Были проведены 25 полуструктурированных интервью с пациентами, перенесшими инсульт, и дискуссии в 11 фокус группах с врачами территориальных, областных больниц, а также стационаров третичного уровня. Исследование было проведено в 3 областях: Чуйская, Нарынская и Жалалабадская, а также в городе Бишкек.

4. Результаты и выводы

Было оценено 4 этапа профилактики и лечения инсульта: первичная профилактика (4.1), до госпитальный этап (4.2), госпитальный этап (4.3), вторичная профилактика и реабилитация (4.4).

4.1. Первичная профилактика

Первичная профилактика направлена на активное выявление и устранение основных изменяемых факторов риска инсульта, таких как повышенное артериальное давление, повышенный уровень сахара в крови, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, курение, злоупотребление алкоголем. В данном исследовании была оценена эффективность контроля факторов риска на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с использованием следующих показателей:

- **Показатель №1. Выявление изменяемых факторов риска инсульта, включающее рутинное измерение артериального давления при посещении семейного врача у населения в возрасте старше 18 лет.**

Было выявлено, что профилактика на уровне ПМСП в основном фокусируется на контроле гипертонической болезни (ГБ), как одного из основных факторов риска. Так на первичном уровне артериальное давление измеряется у 72% населения старше 18 лет, вне зависимости от причины посещения врача (Кыргызское Интегрированное Обследование Домохозяйств – 2007 г.). Однако, факторы риска связанные с образом жизни (питание, физические упражнения, курение и потребление алкоголя) остаются без должного внимания.

- **Показатель №2. Эффективный медикаментозный контроль повышенного артериального давления и консультирование о других факторах риска инсульта**

Фокус на ГБ оправдан, так как более 30% взрослого населения имеют повышенное артериальное давление. В то же время только

17% из них принимали препараты, снижающие давление в последние 24 часа. Одной из причин называлось то, что их врач рекомендовал принимать лекарства только в момент криза, а не на регулярной основе и ежедневно, как это рекомендуется в клинических руководствах. Другая причина связана с самим пациентом – «посчитал, что не надо». Это означает, что пациент не осознает важность принятия лекарств на регулярной основе и/или не доверяет назначенным препаратам. Несмотря на то, что ГБ является основным фактором риска, консультирование и контроль других факторов риска также является важным в профилактике инсультов. Однако было выявлено, что факторы риска, связанные с образом жизни (питание, контроль за весом тела, физические упражнения, курение и потребление алкоголя) остаются без должного внимания.

4.2. Предоставление медицинской помощи больным с инсультом на догоспитальном этапе

Лечение на догоспитальном этапе, проведенное в соответствии с клиническими руководствами улучшает прогноз инсульта и характеризуется следующими показателями:

- **Показатель №1. Своевременная госпитализация. Для улучшения прогноза, все пациенты с инсультом должны быть госпитализированы в стационар, желательно в первые 3-6 часов от появления первых симптомов.**

В Чуйской области и в городе Бишкек менее половины пациентов (43%) были госпитализированы в течение первых 6 часов, а в Нарынской и Жалалабадской областях чуть менее половины пациентов были госпитализированы позже 24 часов (49% и 47% соответственно). Врачи объясняют факт поздней госпитализации (позже 24 часов) тем, что население недостаточно информировано об основных симптомах инсульта. Кроме того, существует стереотип, что при инсульте нельзя двигать больного и поэтому родственники боятся самостоятельно транспортировать их до больницы. По данным регистра мозгового инсульта в городе Бишкек госпитализируется только 39% пациентов с инсультом. Некоторые пациенты, в ходе интервью, объяснили это тем, что они сами или их родные отказывались от госпитализации, в частности «...у нас уже был опыт, когда моя

мама лежала в больнице мы сами полностью ухаживали за ней. Поэтому когда инсульт случился с моей свекровью, мы решили оставить ее дома и ухаживать сами под наблюдением врача. Мы думаем, что так она быстрее поправится...».

- **Показатель №2. Применение неотложных лечебных мероприятий на скорой помощи, направленных на поддержание адекватного дыхания и стабильности системной гемодинамики, купирование судорожного синдрома. Служба скорой помощи должна быть ведущим методом направления пациента в стационар.**

Службой скорой помощи в Нарынской области было доставлено 65% пациентов с инсультом, в Чуйской области – 33%, а в Жалалабадской области - 27%. Самый высокий процент самонаправлений приходится на Жалалабадскую область - 47%, а самый низкий процент на Нарынскую область (2%). Низкий процент госпитализаций в некоторых регионах посредством службы скорой помощи врачи объясняют тем, что в последние годы служба скорой помощи плохо оснащена оборудованием, квалифицированными кадрами, и является в основном средством транспортировки. В связи с этим, проведение неотложного лечения на скорой помощи затруднено и проводится в маленьком объеме.

4.3. Предоставление медицинской помощи больным с мозговыми инсультами на стационарном уровне

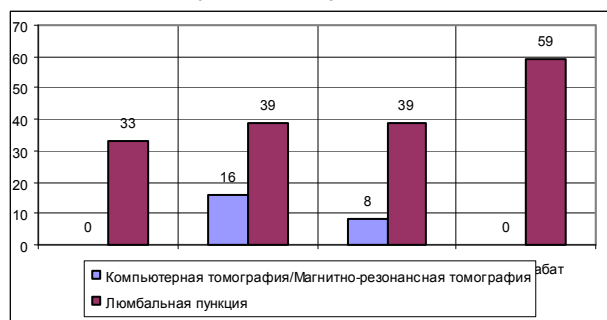
Основным условием для выбора соответствующего лечения является проведение дифференциальной диагностики. Правильная диагностика вида инсульта (геморрагический или ишемический), особенно в ранний период, имеет решающее значение в выборе лечебной тактики (тромболитическая терапия, хирургическое лечение и др.), которая в дальнейшем повлияет на прогноз заболевания.

- **Показатель №1. Проведение дифференциальной диагностики вида инсульта. Компьютерная и магнитно-резонансная томография КТ\МРТ являются «золотым стандартом» диагностики инсульта, в соответствии с принципами доказательной медицины. Если эти методы недоступны, проводится люмбальная пункция (ЛП). Также проводятся диагностические тесты, такие**

как каротидная транскраниальная доплерография, каротидная ангиография и исследование свертывающей системы крови. Для выявления факторов риска необходимо определить уровень сахара, холестерина и провести ЭКГ.

Дифференциальная диагностика отдельных видов инсульта базируется, в основном, на клинических данных пациентов и личном опыте врачей, так как доступность современных методов диагностики вида инсульта (КТ/МРТ) остается крайне низкой не только в регионах, но и в г. Бишкек. «Золотой стандарт» диагностики инсульта – КТ/МРТ несмотря на его высокую чувствительность выполняется только в 9,2 % случаев по стране, и причем, только в Бишкеке, так как в Кыргызстане имеется только один аппарат МРТ и 2 аппарата КТ. Кроме того, высокая стоимость данного обследования является еще одним барьером в доступности. Практически все пациенты прошедшие КТ/МРТ, получали лечение в г. Бишкек, причем доля от всех больных выборки составляет всего 16%. Небольшой процент (8%) пациентов из Нарынской области прошли КТ/МРТ в Бишкеке в более поздние сроки после острого периода инсульта. Показатель выполнения люмбальной пункции ЛП у пациентов с инсультом варьирует от 33% в Чуйской области до 59% в Жалалабадской области (рисунок 1). Однако, при геморрагическом инсульте люмбальная пункция была применена гораздо большем количестве случаев и составила 82% Жалалабадской области, 70% в г. Бишкек, 63% в Чуйской области и 57% в Нарынской области. Это связано с тем, что данный диагностический метод используется в случаях со стертой симптоматикой, когда трудно исключить либо подтвердить геморрагический инсульт.

Рисунок 1. Доля пациентов, которым проведено КТ, МРТ, ЛП к общему количеству пациентов, %

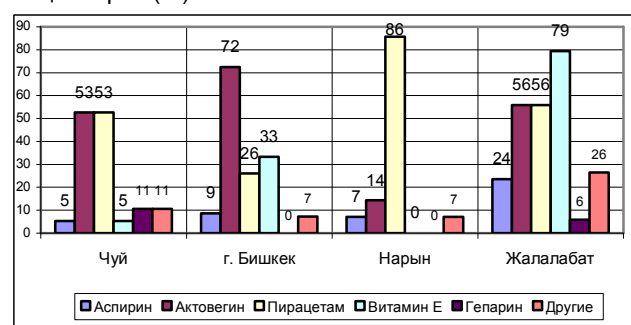


Другие диагностические процедуры, такие как каротидная ангиография и каротидная транскраниальная доплерография проводятся в незначительных количествах из-за отсутствия необходимого оборудования. Кроме того, для выявления факторов риска проводились следующие тесты: ЭКГ в 67,7 % случаев, сахар крови - 81,9%, протромбиновый индекс (ПТИ) - 57,7% и холестерин - 27,5%.

- Показатель №2. Лечение инсульта. По данным международного опыта и в соответствии с доказательной медициной лечение геморрагического инсульта направлено на предотвращение кровотечения и вторичных осложнений в виде церебральной ишемии и отека мозга. Назначают блокаторы кальциевых каналов (нимодипин), в то же время не следует назначать фибринолитики и стероиды. При лечении ишемического инсульта необходимо назначать в острой фазе заболевания тромболитическую (стрептокиназа) и антиагрегантную терапию (аспирин, клопидогрел или дипиридамол).

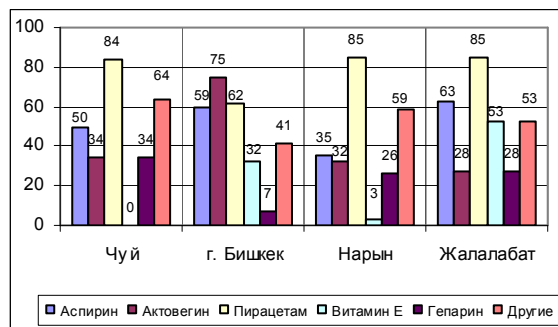
При лечении различных видов инсульта в Кыргызстане применяются препараты с недоказанной эффективностью, такие как пирацетам, винпоцетин, актовегин и другие, в то время как препараты с доказанной эффективностью применяются недостаточно широко. При лечении геморрагического инсульта назначаются нейропротекторы (пирацетам, винпоцетин, витамин Е и др.). Так, в Нарынской области пирацетам является наиболее часто назначаемым препаратом - 86%, в Жалалабадской области - витамин Е - 79%, а в городе Бишкек и Чуйской области – актовегин – 72% и 53% соответственно.

Рисунок 2. Лечение геморрагического инсульта в стационарах (%)



Подходы к лечению ишемического инсульта не отличаются с принципами лечения геморрагического инсульта по некоторым критериям. Препараты с недоказанной эффективностью (нейропротекторы – актовегин, пирацетам и др.), назначаются чаще чем препараты с доказанной эффективностью, причем пирацетам назначается в среднем в 80% случаев и является «лидером» среди других лекарственных препаратов назначенных во всех регионах. В городе Бишкек основным препаратом для лечения ишемического инсульта, так же как и геморрагического остается актовегин 75%. В большинстве регионов аспирин назначался в менее половине случаев, и даже в городе Бишкек данный показатель составил лишь 59% (рисунок 3). Тромболитическая терапия не была проведена ни одному пациенту с ишемическим инсультом. Это можно объяснить тем фактом, когда при отсутствии возможности ранней диагностики видов инсульта нельзя назначать тромболитическую терапию, в то время как последняя, может быть начата только после исключения кровотечения.

Рисунок 3. Лечение ишемического инсульта в стационарах (%)



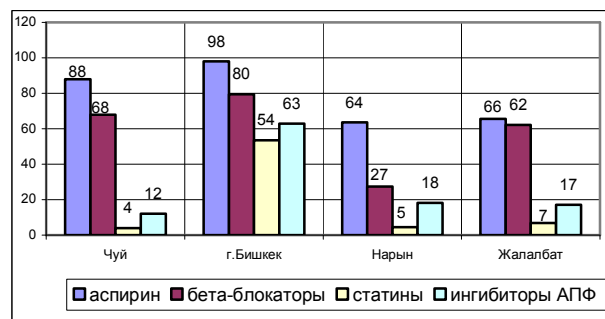
Принципы лечения на дому схожи с лечением в стационаре. Основными назначениями врачей являются препараты группы нейропротекторов (пирацетам, винпоцетин, циннаризин, актовегин). В то же время процент назначения аспирина при ишемическом инсульте является низким (40,4%).

4.4. Вторичная профилактика и реабилитация
Завершающим, и одним из самых важных этапов ведения больных с инсультом является вторичная профилактика и реабилитация. Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторных случаев инсульта и его осложнений.

Показатель №1. Рекомендации при выписке из стационара по медикаментозному лечению на дому

Медикаментозное лечение, назначаемое после выписки из стационара, схоже с лечением в стационаре. Так, в Нарынской области некоторые группы препаратов (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ) назначались в небольшом проценте случаев (рисунок 4). В других регионах ситуация обстоит лучше, особенно по препаратам, таким как аспирин и препараты группы бета-блокаторов. Они были рекомендованы большинству пациентов в Бишкеке и Чуйской области. Относительно новая группа препаратов для контроля гиперхолестеринемии – статины присутствует в рекомендациях врачей во всех исследуемых регионах, но приверженность врачей к назначению статинов в г. Бишкеке выше по сравнению с регионами.

Рисунок 4. Рекомендации при выписке, %



Показатель №2. Проведение реабилитации. Реабилитационные мероприятия, проводимые командой специалистов и начатые в течение первых 7 дней от наступления инсульта, влияют на дальнейший прогноз инсульта. Реабилитация включает в себя комплекс различных методов, таких как кинезиотерапия, психотерапия, физиотерапия, и т.д.

Основными рекомендациями врачей при выписке из стационаров, являются рекомендации по диете 39% и назначают адекватные физические нагрузки в 10%. Что касается других рекомендаций, то они упоминаются эпизодически.

В Кыргызстане реабилитация после инсульта представлена как физическая реабилитация на дому. Это, в основном массаж и

физические упражнения, направленные на восстановление утраченных функций. В стационарах отсутствует команда специалистов по реабилитации.

Психологическая реабилитация практически не проводится. Определение инвалидности после перенесенного инсульта является частью социальной реабилитации, однако в ее более широком смысле не проводится. Пациенты самостоятельно проводят реабилитацию, используя опыт своих родственников, знакомых и других.

5. Заключение

Качество профилактической и лечебной помощи при ССЗ, и в частности при мозговых инсультах, имеет значительные различия между регионами и характеризуется как сильными, так и слабыми сторонами. **Сильные стороны** профилактики и лечения включают:

- Профилактика в учреждениях первичного уровня сфокусирована на ГБ, и этот фокус оправдан из-за высокой распространенности повышенного артериального давления в Кыргызской Республике.
- Клиническое содержание кыргызских протоколов по лечению инсультов, в основном, соответствует международным клиническим руководствам, за исключением отдельных рекомендаций.

Слабые стороны профилактики и лечения включают:

- Не все пациенты с инсультом госпитализируются в стационар, а остаются на дому. В Бишкеке только 39% больных госпитализируются;
- В половине из обследованных областей, пациенты госпитализируются позднее 24 часов от появления первых симптомов;
- Службы скорой помощи обеспечивают низкий охват и предоставляют недостаточный объем услуг пациентам с инсультом в более половины из обследованных областей;
- Доступность современных методов диагностики инсульта и его подтипов (КТ/МРТ) в Кыргызстане остается низкой. В основном, дифференциальная диагностика отдельных видов инсульта в Кыргызстане

основана на данных физикального исследования и личном опыте врача.

- При лечении инсульта применяются препараты с недоказанной эффективностью (пираретам, винпоцетин, актовегин и др.), а препараты с доказанной эффективностью применяются недостаточно широко.
- Реабилитация больных перенесших мозговой инсульт проводится не на должном уровне и представлена фрагментарными услугами.

6. Рекомендации

- Усиление первичной профилактики ССЗ включающей разработку стратегий борьбы с факторами риска, в частности популяционная стратегия и стратегия «высокого риска» (ВОЗ).** Популяционная стратегия включает воздействие на уровне населения на образ жизни и факторы окружающей среды, их социальные и экономические предпосылки, которые являются причинами развития инсульта. В связи с высоким уровнем заболеваемости гипертонической болезнью и низким уровнем ее контроля, популяционная стратегия должна фокусироваться на предоставлении информации о ГБ и ее лечении. *Стратегия «высокого риска»:* идентификация лиц с высоким риском развития инсульта и проведение мероприятий по снижению уровня факторов риска. В связи с этим, одним из основных мероприятий должны быть - измерение артериального давления у большего количества населения.
- Дальнейшее усиление службы скорой помощи с целью увеличения охвата населения и объема услуг в диагностике и лечении на догоспитальном этапе.**
- Разработать клиническое руководство по ведению пациентов с инсультом на всех уровнях оказания медицинской помощи в соответствии с международной методологией.** Продолжить использование имеющихся клинических протоколов по ОНМК для первичного и вторичного уровней медицинской помощи. Важной целью является сглаживание различий в лечении и вторичной профилактике, а также повышение приверженности врачей к следованию клиническим руководствам. Необходимо расширить охват обучения специалистов и



Отдел Анализа Политики Здравоохранения,
Центр Развития Здравоохранения



проводить регулярный мониторинг на предмет качества лечения и приверженности врачей к клиническим руководствам.

- **Разработать систему реабилитации для больных инсультом включающую физическую, психологическую, и социальную реабилитацию с целью максимально скорого возвращения больного к полноценной жизни.**

Для получения более подробной информации и полного отчета по исследованию обращайтесь к сотрудникам ОАПЗ, ЦРЗ:

Нурдин Акунов по эл. почте

nurdin@manas.elcat.kg

Бактыгуль Акказиева по эл. почте

baktygul@manas.elcat.kg

Мелитта Якаб, Советник по вопросам политики здравоохранения, ВОЗ/DFID, по эл. почте:

mjakab@elcat.kg