

Информационный обзор

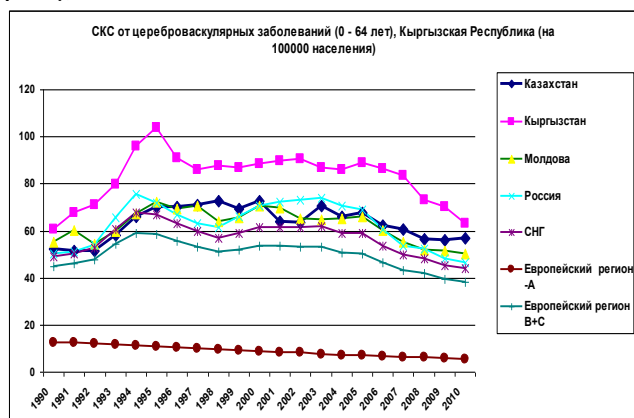
Анализ верифицированности диагноза “инсульт” у лиц, умерших на дому

Введение

Настоящий информационный обзор описывает результаты исследования, целью которого было проведение анализа верифицированности диагноза “инсульт” у лиц, умерших на дому, на основе анализа медицинской документации.

Кыргызстан занимает первое место по показателям смертности от цереброваскулярных заболеваний среди стран Европейского региона, превышая показатели по Казахстану, России, Молдове, СНГ более чем в 10 раз.

Рисунок 1. СКС от цереброваскулярных заболеваний (0-64), КР на 100000 населения

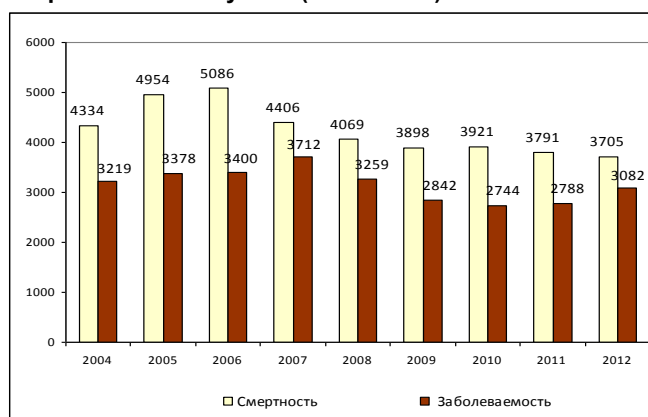


Источник: База данных «Здоровье для всех» ЕРБ ВОЗ и НСК

Мозговой инсульт составляет одну из основных причин смертности населения, обуславливая низкую продолжительность жизни в Кыргызской Республике.

Анализ статистических данных РМИЦ показывает, что показатели смертности от инсультов превышают показатели заболеваемости (Рисунок 2).

Рисунок 2. Количество случаев заболеваемости и смертности от инсульта (абс. числа)



В настоящее время, в регионах страны отсутствует соответствующая диагностика инсульта - компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография (КТ/МРТ), так по данным исследования ОАПЗ за 2007 год¹, пациенты, прошедшие КТ/МРТ, по выбранным регионам составили всего 16% и только те, которые получали лечение в г.Бишкек. Поэтому, на сегодняшний день диагностика инсульта основана в основном на клинических методах обследования больных и личном опыте врача.

Методология

Методология оценки была основана на верификации диагноза «инсульт» у умерших пациентов путем исключения всех других заболеваний, от которых могла наступить смерть умершего лица по данным медицинской документации (амбулаторных карт).

Оценка верификации диагноза «инсульт» проводилась путем:

¹ Документ исследования политики №45 «Качество лечения и профилактики ССЗ в КР», ОАПЗ, 2007г.

1. Исключения/не подтверждения диагноза «инсульт» на основании разработанных критериев исключения.

Критерии исключения, включенные в инструмент оценки:

- Короткий промежуток времени (менее 2х часов) между началом приступа и смертью;
- Отсутствие клинических сведений о состоянии больного до смерти и данных аутопсии;
- Отсутствие клинических записей, подтверждающих диагноз «инсульт».

2. Исключения/не подтверждения диагноза «инсульт» на основании объективных данных обследования и клинических данных, имеющих в медицинской документации.

Оценка проводилась путем анализа использования специализированных диагностических мероприятий (КТ, МРТ, люмбальная пункция) и клинических данных (общемозговые симптомы, паралич конечностей, нарушения речи, поражение черепномозговых нервов, наличие менингеальных знаков, патологических симптомов и др.).

Отбор случаев был основан на ретроспективном анализе амбулаторных карт тех случаев, когда смерть была зарегистрирована на дому и выставлен диагноз «инсульт» (в амбулаторных условиях) за период 2013 года.

Критерии включения случаев в оценку:

- Изучаемый случай должен соответствовать диагностическим критериям инсульта;
- Изучаемый больной должен был до смерти постоянно проживать в исследуемом регионе (районе);
- Изучаемый случай был осмотрен врачом в период от нескольких часов до 7 суток до смерти.

Методом случайной выборки в 4 регионах (Чуйская, Нарынская, Ошская, Джалал-Абадская области) было отобрано по 200 амбулаторных карт, отвечающих критериям включения в оценку. В итоге, было проведена оценка 783 амбулаторных карт.

Ключевые результаты исследования

Верификация диагноза «инсульт» у пациентов, умерших на дому, согласно выбранной методологии, показала, что в 55,4% изученных случаев данный диагноз не подтвердился.

Полученные данные могут указывать на то, что показатели смертности от инсульта в регионах нашей республики и, соответственно, по стране завышены.

Общие данные:

Согласно проанализированным медицинским документам, средний возраст умерших от инсульта пациентов составил 72,32 лет.

По возрастному признаку наибольшее количество умерших пациентов приходится на возраст от 61 года и выше, что составило более 55% изученных случаев.

Тенденция смертности от инсульта согласно изученным медицинским документам практически одинакова как среди мужчин, так и среди женщин. Необходимо отметить, что около 5% случаев смерти от инсульта были зарегистрированы у пациентов в возрасте до 40 лет.

Клинические данные и данные диагностических исследований:

Диагностика острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) основывается на клинико-лабораторных и инструментальных данных. Из наиболее достоверных инструментальных нейровизуализирующих экспресс-методик известны компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография головного мозга. В изученных медицинских картах указание на проведение МРТ (КТ) в диагностических целях было только в 2,7% изученных случаев, диагностическая люмбальная пункция проводилась в 4% изученных случаях. В 4,1% изученных случаев проводилась аутопсия (посмертное вскрытие)

Клиническая оценка верификации диагноза «инсульт» проводилась на основании оценки уровня общей и очаговой неврологической симптоматики по следующим показателям: сознание, общемозговые симптомы, паралич конечностей, нарушения речи, поражения черепномозговых нервов, менингеальных знаков и патологических симптомов.

Анализ карточек по основным клиническим данным, характеризующим ОНМК показал, что только в менее, чем 5% случаев наблюдались очаговые менингеальные и патологические неврологические симптомы (менингеальные знаки были отмечены только в 4,2% случаев, патологические неврологические симптомы (Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера) были отмечены только в 4,5% изученных случаев).

Оценка верификации диагноза «инсульт» у умерших пациентов согласно критериям:

Анализ медицинской документации согласно вышеуказанным критериям исключения показал, что в более чем половине изученных случаев – 55,4% (n=403) диагноз «инсульт» не подтвердился. Из них, по одному из перечисленных критериев исключения диагноз «инсульт» не был подтвержден у 3% умерших пациентов, по двум критериям - у 82,6% пациентов и по всем трем критериям – у 14,4% пациентов.

По оценке экспертов, проводивших анализ медицинской документации, среди вероятных причин смерти у пациентов с неподтвержденным инсультом были указаны несколько основных заболеваний.

Около 70% случаев смерти, указанных как следствие инсульта, по клиническим критериям, описанным в медицинских документах, больше соответствовали следствиям кардиоваскулярных заболеваний (внезапная смерть вследствие острого инфаркта миокарда, острая сердечная недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и хроническая сердечная недостаточность).

Около 25% изученных случаев, по мнению экспертов, могли иметь другие причины смерти, такие как хронический алкоголизм, алкогольная и иные интоксикации, терминальная стадия онкологических заболеваний, туберкулез и другие инфекции, сепсис, послеоперационные осложнения после операций при опухолях мозга, черепно-мозговые травмы, последствия детского церебрального паралича, эпилепсия с эпистатусом, эндокринные причины смерти (сахарный диабет и его осложнения - кетоацидоз и комы).

Примерно в 5% анализируемых случаев не возможно было определить наиболее вероятную причину смерти пациента из-за отсутствия записей в медицинской документации.

Рекомендации

- Учитывая медико-социальную значимость мозговых инсультов и необходимость мониторинга основных эпидемиологических параметров, необходимо дальнейшее выполнение программы регистра мозговых инсультов в г. Бишкек.
- Рассмотреть возможность распространения данной практики на регионы страны (областной уровень) для повышения достоверности верификации диагноза «инсульт».
- Выработать критерии посмертной вероятной смерти от инсульта на основе анамнестических, клинических признаков, включая неврологические и лабораторно-инструментальные данные, на основании которых в учреждениях здравоохранения должна проводиться постановка посмертного диагноза «инсульт» и, соответственно, обучение семейных врачей и неврологов выработанным критериям.
- Рекомендовать пройти обучение всем семейным врачам и неврологам ЦСМ по оказанию догоспитальной помощи, диагностики и лечения мозговых инсультов при КГМИПиПК.
- Рассмотреть возможность регулярной организации на базе ТБ и ЦСМ выездных семинаров для врачей СМП, семейных врачей и неврологов по внедрению КР/КП по оказанию догоспитальной помощи, диагностики и лечению мозговых инсультов.
- На уровне ПМСП усилить роль и ответственность невролога за каждый случай смерти от инсульта и рассмотреть возможность внесения положения об обязательном подтверждении смерти о ЦВЗ (инсульта) неврологом на ПМСП.
- Выработать систему оказания медицинской помощи в сельской местности (на уровне ФАП, малых и отдаленных ГСВ) с регулярным участием врачей неврологов в качестве консультантов.
- Усилить контроль над случаями смерти от инсульта в учреждениях здравоохранения, путем создания кураторства кафедрами национального уровня каждой области и назначения координаторов в области неврологии на областном уровне.
- Разработать и внедрить образовательные программы для населения по признакам инсульта и оказанию первой помощи для населения (через СМИ, информационные буклеты и др.)