Региональный регистр случаев инсульта: цели, задачи, перспективы

В одном из своих многочисленных значений слово «регистр» (от лат. registrum – список, перечень) означает список, перечень, учетный документ. В русско- и англоязычной (register) медицинской терминологии этот термин прижился относительно недавно. Им принято обозначать проспективные эпидемиологические исследования, основанные на фиксации каждого случая заболевания и/или применения того или иного метода лечения в рамках выбранной популяции, в отдельном лечебном учреждении, регионе или стране. Регистром также называют задокументированные и опубликованные результаты таких исследований. Регистр – это не только источник достоверной информации об эпидемиологии заболевания или статистике применения метода лечения. Исследования по принципу регистра дают возможность тщательно проанализировать факторы риска, их вклад в развитие заболевания и его исходы, а также объективно оценить эффективность организационных и лечебных мероприятий.

С 2004 г. в г. Харькове ведется первый в Украине регистр случаев инсульта. Инициатор данного исследования – профессор кафедры невропатологии и нейрохирургии Харьковской медицинской академии последипломного образования, научный руководитель Харьковского городского центра острой цереброваскулярной патологии, доктор медицинских наук Валентина Алексеевна Яворская – согласилась ответить на вопросы о методологии проведения и практическом значении результатов регионального регистра инсульта.

В.А. Яворская

– Как возникла идея создания регистра случаев инсульта в г. Харькове? Каковы были цели и задачи его создания?

– Идея создания харьковского регистра возникла после получения первых результатов регистра, выполненного российскими коллегами под руководством профессора В.И. Скворцовой. Для этой цели наша сотрудница ездила на обучение к ней на кафедру. За основу мы взяли методологию российского регистра, но также использовали опыт Венского регистра, материалы которого нам любезно предоставил профессор В. Лалушек. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), научной основой для проведения лечения, медико-социальной реабилитации и профилактики мозговых инсультов (МИ) должен служить метод регистра. Он обеспечивает текущую регистрацию всех случаев острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), достоверность информации об эпидемиологии инсульта, получение точных сведений о его последствиях, выявление ведущих факторов риска МИ в регионе, а также позволяет оценить эффективность работы местной инсультной службы, унифицировать оценку качества помощи, объединить полученные результаты в единую компьютерную базу данных в исследуемом регионе. Успехи многих стран в области уменьшения медико-социальных последствий МИ были достигнуты во многом благодаря получению развернутых и достоверных эпидемиологических данных при составлении региональных популяционных регистров МИ.

Первоначально мы поставили перед собой следующие задачи.

1. Создать регистр случаев инсульта: госпитальный (на базе городской клинической больницы № 7) и догоспитальный (по материалам городской поликлиники № 6, которая обслуживает 150 тыс. населения г. Харькова).
2. Изучить эпидемиологические показатели инсульта (заболеваемость первичным и повторным МИ, смертность от всех типов инсульта, летальность) на основании тщательной фиксации каждого случая заболевания.
3. Изучить структуру ОНМК по данным регистров.
4. Выявить главные факторы риска развития инсульта, оценить их влияние на исходы инсульта по данным регистров.
5. Получить данные о медицинских и социально-экономических последствиях МИ.
6. Оценить систему оказания помощи больным с инсультом в данном регионе на различных этапах (догоспитальном, госпитальном, реабилитационном, диспансерном), а также организационные факторы, влияющие на исход заболевания.
7. Наметить пути усовершенствования оказания помощи больным с инсультом в регионе на перечисленных этапах.
8. Найти возможности усовершенствования первичной и вторичной профилактики ОНМК в регионе.

Подготовительные работы начались в 2003 г., а сбор данных для составления первого регистра проводился с января 2004 г. по январь 2005 г. Второй госпитальный регистр был проведен с января 2008 г. по январь 2009 г. В 2011 г. начат новый поликлинический регистр.

– В чем заключаются принципиальные различия госпитального и амбулаторного регистров?

– Амбулаторный регистр позволяет оценить эпидемиологическую ситуацию относительно ОНМК в изучаемом регионе, а госпитальный – оценить эффективность оказания помощи на догоспитальном этапе и качество лечебных мероприятий в стационаре.

– Как мотивировали неврологов стационара и поликлиники к участию в исследовании? Оказывалась ли поддержка со стороны городского управления здравоохранения?

– Главную роль, конечно же, играл человеческий фактор, то есть профессиональная заинтересованность врачей в проведении регистра. Была и материальная поддержка со стороны спонсоров – двух фармацевтических компаний. Выделенные ими средства пошли на закупку оргтехники и большого количества печатной продукции, оформление рабочего места, создание программы по обработке данных, заработную плату двум сотрудникам. Официальные органы здравоохранения участия не принимали, так как это был пилотный проект.

– Каковы основные результаты регистра? В первую очередь интересуют эпидемиология инсульта и ее отличия от официальных данных МЗ Украины, факторы риска, а также организационные аспекты инсультной помощи, которые в наибольшей мере повлияли на исходы заболевания.

– Эпидемиологические данные, полученные с помощью поликлинического регистра, отличаются от соответствующих показателей МЗ Украины более высокой точностью и достоверностью, так как в рамках регистра ведется тщательная фиксация каждого случая специалистами-невропатологами и исключается ошибочная постановка диагноза. С помощью регистра мы получили данные, свидетельствующие о несоответствии подходов в организации помощи больным с ОНМК. Вот лишь некоторые результаты в поддержку этого утверждения. Заболеваемость МИ в исследуемом регионе составила 217 на 100 тыс. населения, смертность – 24 на 100 тыс. населения в год, что ниже показателей государственной статистики за 2004 год. Это объясняется более тщательной фиксацией каждого случая ОНМК при сборе данных для регистра.

Соотношение ишемического инсульта к геморрагическому составило 4,6:1 (по данным литературы – 6-7:1). Соотношение первичного инсульта к повторным – 3:1, что свидетельствует о недостаточно эффективной первичной и вторичной профилактике МИ.

Главные факторы риска развития инсульта в г. Харькове: артериальная гипертензия (95%), предшествующие и сопутствующие заболевания сердца (67%), гиподинамия (61%), психоэмоциональные стрессы (64%). Также следует отметить, что курение встречалось у 20% пациентов, злоупотребление алкоголем – у 23%, избыточный вес – у 36%, гиперлипидемия – у 45%, сахарный диабет – у 11% больных, включенных в регистр.

Определяющими для исхода инсульта по данным регистра оказались следующие факторы: уровень сознания больного, мероприятия догоспитального этапа, качество лечения артериальной гипертензии до развития инсульта, локализация очага, тип инсульта. Эти показатели в значительной мере влияют как на летальность, так и на инвалидизацию.

Общая летальность при инсультах составила 47%, в частности при ишемическом – 13,7%, при геморрагическом – 33,3%. Выяснилось, что многие пациенты с инсультом получают лечение в амбулаторных условиях от врачей скорой помощи и участковых врачей. Это недопустимо, так как повышает летальность и способствует росту показателя инвалидизации вследствие инсульта по причине недостаточно квалифицированного и интенсивного лечения. В 52% случаев назначение медикаментозной терапии бригадами скорой помощи было необоснованным и нецелесообразным.

В период терапевтического окна госпитализируются только 28% пациентов, хотя за медицинской помощью в первые 2 часа обращаются 54% больных. Основными причинами поздней госпитализации (позднее 24 часов) являются: несвоевременное обращение к врачу в связи с незнанием первых симптомов инсульта (58%), амбулаторное лечение перед госпитализацией (29%), развитие инсульта в другом стационаре (7%), ожидание прихода участкового врача (5%), отдаленность от специализированного центра (4%).

Полученные данные говорят об отсутствии популяционного подхода к профилактике сердечно-сосудистых событий: не выявляются лица с высоким риском развития ОНМК, не проводится на должном уровне первичная и вторичная профилактика. Сложившуюся ситуацию можно изменить путем создания популяционного регистра для выявления групп высокого риска сосудистых событий, внедрения стратегии массовой профилактики инсульта среди населения, обучения населения распознаванию первых симптомов инсульта, пропаганды отношения к инсульту как к неотложному состоянию. Однако эти и другие организационные мероприятия невозможны без поддержки официальных органов здравоохранения на городском, областном, государственном уровнях на основе существующей законодательной и нормативной базы.

Таким образом, метод регистра открывает возможности для осуществления систематической деятельности, направленной на улучшение лечения, профилактики и реабилитации при инсульте, и может быть использован в условиях существующей системы оказания медицинской помощи в Украине.

– Существует ли перспектива создания общенационального регистра инсульта? Какие возможности для совершенствования инсультной службы он открывает?

– Перспектива есть, но успеха можно добиться только в том случае, если организация подобных исследований будет поддерживаться на всех административных уровнях. Пока же региональный регистр открывает новые возможности для улучшения качества оказания помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в своем регионе. Вот лишь некоторые мероприятия, необходимость которых обоснована по результатам нашего регистра инсульта:

- организация и проведение массовых образовательных программ для населения по профилактике ОНМК и распознаванию первых симптомов инсульта;
- совершенствование организации обучения специалистов поликлинического звена с целью выявления больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения, а также лиц, имеющих факторы риска;
- проведение курса по экстренной диагностике инсультов и оказанию помощи на догоспитальном этапе для обучения специалистов поликлинического звена, семейных врачей, а также врачей скорой и неотложной помощи;
- улучшение качества стационарной помощи больным с инсультами с выполнением в кратчайшие сроки наиболее информативных методов диагностики: компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сосудов;
- организация принципиально новых нейрососудистых отделений с использованием большого объема реабилитационно-восстановительного лечения на самых ранних сроках госпитализации.

Во многих экономически развитых странах большинство организационных вопросов профилактики и лечения инсульта решены, и мы можем перенять их опыт, адаптировав его к нашим условиям. За рубежом исследовались особенности организации помощи, которые обеспечивают высокое качество работы инсультной службы в различных клинических центрах. Выявлены ключевые характеристики, от которых в наибольшей мере зависело обеспечение высокого качества работы в целом и, в частности, внедрение высоких технологий. Это – дух партнерства, непрерывное обучение и обратная связь, четко поставленные цели и задачи в работе, наличие лидера, пользующегося поддержкой в коллективе и ведущего по пути повышения стандартов лечения.

Подготовил ***Дмитрий Молчанов***