

ОЦЕНКА РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

В. О. Островская

МУЗ клиническая больница № 4, г. Волгоград

Особенностью многих социально-значимых заболеваний сегодняшнего дня является реальная возможность значительно уменьшить как их распространенность, так и тяжесть последствий для конкретного пациента и общества в целом. Речь идет о выполнении современных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике этих болезней. Тем не менее, лечение среднестатистического пациента не соответствует этим рекомендациям. Настоящая статья рассматривает проблему острых нарушений мозгового кровообращения с фармакоэпидемиологической точки зрения. Исследовательская часть посвящена оценке реальной клинической практики в условиях лечебных учреждений г. Волгограда.

В течение последних десятилетий проблема острого инсульта приобретает все большую значимость в связи с широкой распространенностью цереброваскулярной патологии, высоким уровнем летальности, частым развитием инвалидности и социальной дезадаптацией перенесших его больных. В России ежегодно возникает 400–450 тыс. инсультов, из них на долю ишемических инсультов (ИИ) приходится более 80 % (Скворцова В. И., 2008). Ежегодная смертность от инсульта в России – одна из наиболее высоких в мире (175 случаев на 100 тыс. населения). Показатели заболеваемости и смертности от инсульта среди лиц трудоспособного возраста в России увеличились за последние 10 лет более чем на 30 % (смертность – 41 случай на 100 тыс. населения). Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации населения. По данным Национального регистра инсульта, 31% больных, перенесших инсульт, нуждаются в посторонней помощи, 20 % не могут самостоятельно ходить. Лишь 8 % выживших больных могут вернуться к прежней работе (Смирнова И. М., Лазукина И. А., Карелина Н. И., 2007).

Сосудистые заболевания головного мозга из-за значительной распространенности и тяжелых последствий для состояния здоровья

населения являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем в большинстве экономически развитых и развивающихся стран. В то же время достоверные данные о заболеваемости инсультом до 70-х гг. XX в. отсутствовали (Суслиной З. А., Варакина Ю. Я., Верещагина Н. В., 2006). В 1970 г. по инициативе ВОЗ в Монако было проведено совещание ведущих специалистов по цереброваскулярной патологии, в котором участвовали сотрудники НИИ неврологии РАМН. В итоговых материалах совещания даны рекомендации по разработке методики получения надежной информации об инсульте, позволяющей сделать сопоставимыми данные о нем в различных регионах мира. В последующем стартовало многоцентровое исследование, в котором приняли участие 17 учреждений из 12 стран, включая Россию. Численность населения, охваченного программой, составила 2,6 млн. человек. Координирующим центром являлась ВОЗ, обеспечивавшая контроль качества работы, а также обработку и сопоставление данных.

На основании данных, полученных с помощью регистров в разных регионах России Национальной ассоциацией по борьбе с инсультами (НАБИ) было проведено многоцентровое эпидемиологическое исследование инсульта (1999–2000 гг.). По данным НАБИ отмечалось существенное нарастание частоты инсультов с возрастом от 0,09 – в возрасте 25–29 лет до 15,05 на 1000 жителей в год в возрасте 70 лет и старше. Заболеваемость ишемическим инсультом была в 4 раза выше, чем геморрагическим. Среди мужчин и женщин заболеваемость достоверно не отличалась. Частота первичного инсульта была 2,13 и повторного – 0,68 на 1000 жителей в год. Показатель смертности от инсульта оказался равным 1,28 на 1000 жителей в возрасте от 25 лет и старше. Кроме того, анализ заболеваемости инсультом в отдельных регионах России (по данным НАБИ), выявил значительные различия в заболеваемости инсультом от 2,60 до 7,43 на 1000 жителей в год,

и в смертности – от 0,7 до 3,3 на 1000 жителей в год. Эти показатели были особенно высокими на Северо-Западе страны, в некоторых городах средней полосы и на дальнем востоке. Летальность при инсульте также значительно различалась между регионами, колеблясь от 21,2 до 62,2 % (Кутявина Л. Н., 1991; Курачинский В. И., 1993; Ковальчук В. В., Скоромец А. А., 2006).

Таким образом, расчеты, основанные на данных регистров (в различных регионах России), позволяют лишь ориентировочно оценить, сколько инсультов происходит ежегодно в нашей стране (отсутствует точная государственная статистика заболеваемости инсультом). Примерное их количество составляет около 400 тыс. (Суслина З. А., Варакин Ю. А., Верещагин Н. В., 2006).

Современная картина инсульта содержит множество противоречий и труднообъяснимых фактов, которые необходимо понять для того, чтобы построить эффективную систему профилактики (Howard V. J., Howard G., 2002). Одно из таких противоречий заключается в том, что не весь рост заболеваемости инсультом можно связать с увеличением доли пожилых в структуре населения. Инсульт молодеет – за последние пять лет третью часть от общего числа больных с нарушениями мозгового кровообращения составляли люди в возрасте до 50 лет (Медик В. А., 2003; Antonicelli R., Germano G., 2003).

В 2003 году в нашей стране умерло в связи с заболеваниями сердца и сосудов 1 млн. 330 тысяч человек (Гусев Е. И., Скворцова В. И., Стаховская Л. В., 2003). Очевидно, что заболеваемость инсультом увеличивается вместе с увеличением кардиоваскулярной патологии в общей структуре заболеваемости. Следовательно, заболеваемость инсультом зависит не столько от возраста, сколько от синдромов кардиоваскулярной патологии, характерных для определенного возраста, но все чаще проявляющих себя в разных возрастных группах. И если эти синдромы обнаруживаются в молодом возрасте, то возрастает и абсолютное число ОНМК. Этот предварительный вывод поддерживают результаты Фрамингемского исследования, которое выявляет связь инсульта с артериальной гипертонией, нарушениями ритма сердца, гипертрофией левого желудочка сердца (Wolf P. A., D'Agostino R. B., Balander A. J., 1991).

Увеличение показателя заболеваемости, как ни парадоксально, можно связать с развитием новых медицинских технологий. Последние десятилетия прошлого века характеризовались революционными изменениями в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы. Широкое внедрение в медицинскую практику ультразвуковых методов исследования сделало доступным многократное, безопасное исследование сердца и сосудов. Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), ангиография – лишь некоторые наиболее яркие технологические достижения, переместившие диагностику сосудистых заболеваний сердца и мозга на совершенно новый качественный уровень (Широков Е. А., 2007). Считается, что примерно 40 % ОНМК с очаговыми повреждениями мозга, не могли быть верифицированы без КТ и МРТ (Howard V. J., Howard G., 2002).

По-видимому, благодаря развитию методов ранней диагностики в последние десятилетия изменилась и структура ОНМК: снизилась доля больных с кровоизлияниями в мозг, уменьшилось количество фатальных инсультов. В целом, риск смерти при инсульте уменьшился по сравнению с 1971 годом на 25 % (US Census Bureau. Population projections program, population division 2001).

При анализе динамики стандартизированных показателей смертности населения России с 1980–2000 гг. явно прослеживается увеличение доли смертности от цереброваскулярных заболеваний. Так в 1980 г. было отмечено 243,6, в 1998 г. – 279,4 смертей, в 2000 г. – 306,2 на 100000 населения. Обращает на себя внимание, что различия показателей смертности в России и других странах Европы очень велики. В нашей стране они выше в 7,5 раз чем в Швейцарии и в 5 раз по сравнению с большинством других Европейских государств. Следует отметить, что зарубежные исследователи обычно употребляют термины «смертность от цереброваскулярных заболеваний» и «смертность от инсульта» как синонимы (Суслина З. А., Варакин Ю. А., Верещагин Н. В., 2006).

Фармакоэпидемиологические исследования инсульта могли бы во многом помочь оптимизировать терапию, улучшить вторичную профилактику, выявить основные ошибки ведения этой группы больных и скорректировать их. Однако в настоящее время имеется большое

количество исследований, посвященных применению отдельных лекарственных средств или фармакологических групп препаратов при инсультах. Так, например, была доказана неэффективность применения стрептокиназы при ишемическом инсульте (Donnan G. A., Davis S. M., Chambers B. R., 1995; Thrombolytic therapy with streptokinase in acute ischemic stroke. The Multicenter Acute Stroke Trail-Europe Study Group 1996), эффективность при назначении аспирина, клопидогреля, дипиридамола для вторичной профилактики (Harker L. A., Boissel J. P., Pilgrim A. J., 1999; Diener H. S., Cunha L., Forbes C., 1996; Bots M. L., Elwood P. C., Koudstaal P. J., 2002). В то время как фармакоэпидемиологического исследования, отражавшего бы структуру врачебных назначений при инсульте, своевременность и адекватность вторичной профилактики, в различных регионах страны, на сегодняшний день нет.

Наша работа выполнена в клинике на кафедре клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ и клинической аллергологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета (ректор и зав. кафедрой, академик РАМН, д. м. н. В. И. Петров) в соответствии с перспективным планом научно-исследовательских работ ВолГМУ Минздравсоцразвития РФ. В исследование были включены пациенты, поступившие в стационар по поводу острого нарушения мозгового кровообращения ишемического и геморрагического генеза.

Проводилось фармакоэпидемиологическое исследование, направленное на оценку ведения больных с данной патологией в лечебных учреждениях г. Волгограда и соответствие фармакотерапевтических назначений имеющимся нормативным документам.

В исследование включались истории болезни госпитализированных в стационар пациентов по поводу ОНМК. Диагноз инсульта верифицировался на основании нейровизуализации (КТ, МРТ) или типичной клинической картины. Исключались истории болезни пациентов с ОНМК, развившемся на фоне патологии сосудов головного мозга (микотическая аневризма, микроангиомы, кавернозные и венозные ангиомы, артериит, расслоение артерий), опухолями головного мозга (по данным КТ или МРТ), а также геморрагическим инсультом и субдуральными гематомами травматического генеза.

При проведении ретроспективного одномерного описательного фармакоэпидемиологического исследования была использована выборка из 396 историй болезни пациентов, поступивших в стационары г. Волгограда с диагнозом: ОНМК ишемического и геморрагического генеза (мужчин – 209 или 52,78 %, женщин – 187 или 47,22 %, средний возраст женщин – $70 \pm 1,27$ лет, мужчин – $66 \pm 2,02$ лет) за период с января 2009 по декабрь 2010 гг. Выборка формировалась следующим образом: доля историй болезни пациентов из каждого района города бралась пропорционально числу зарегистрированных в данном районе пациентов с установленным диагнозом – острое нарушение мозгового кровообращения.

При анализе структуры заболеваемости инсультом в г. Волгограде были получены следующие результаты. Ишемический инсульт был диагностирован у 332 пациентов (83,8 % от всех пациентов с ОНМК), геморрагический у 64 пациентов (16,2 %) (рис. 1). Таким образом, соотношение ишемического инсульта к геморрагическому составило 5:1.



Рис. 1. Структура ОНМК в стационарах г. Волгограда

В структуре ишемического инсульта у 11 пациентов (3,3 % от всех пациентов с ишемическим инсультом) была выявлена транзиторная ишемическая атака (ТИА), у 34 (10,2 %) пациентов верифицирован малый инсульт (неврологическая симптоматика регрессировала в течение 3 недель от момента развития заболевания), у 287 пациентов (86,4 %) завершившееся ОНМК (рис. 2). Таким образом, основную долю составили пациенты с ишемическим инсультом средней степени тяжести (длительно сохраняющимся неврологическим дефицитом), это говорит о высокой степени инвалидизации пациентов, перенесших ишемический ОНМК.

При анализе гендерно-возрастных характеристик пациентов с ишемическим инсультом были получены следующие результаты. Ишемическое ОНМК было выявлено у 158 женщин

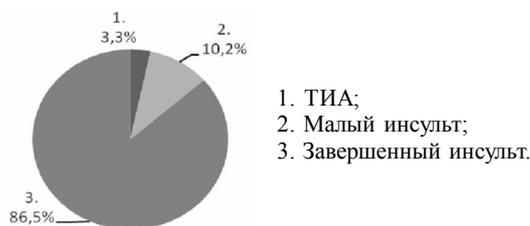


Рис. 2. Структура ишемического ОНМК в стационарах г. Волгограда

(47,6 % от всех пациентов с ишемическим ОНМК или 86,3 % от всех женщин с инсультом), средний возраст $72,1 \pm 10,9$ лет и у 174 мужчин (52,4 % или 81,7 % соответственно) средний возраст $67,2 \pm 10,3$ лет.

В возрастной группе 40–44 года было выявлено 6 пациентов, что составило 1,8 % от всех пациентов с ишемическим инсультом, в возрасте 45–49 лет 8 больных (2,4 %). Максимальное количество пациентов с ишемическим инсультом было зарегистрировано в возрастной группе старше 65 лет и составило 223 человека (67,2 %), из них 147 больных (44,3 %) в возрасте 70 лет и старше. Таким образом, исходя из представленных данных, можно сделать следующие выводы. Заболеваемость ОНМК в г. Волгограде регистрируется начиная с 40 лет, однако наибольшая доля заболевших выявлена в возрасте старше 70 лет. Это согласуется с имеющимися литературными данными (данными регистров различных областей) (Суслина З. А., Варакин Ю. Я., Верещагин Н. В., 2006).

Следует отметить, что заболеваемость инсультом у мужчин значительно превышает заболеваемость у женщин, во всех возрастных группах, за исключением пациентов старше 69 лет. Так на этот возраст у женщин приходится больше половины инсультов (55,7 %), в то время как у мужчин лишь 33,9 %.

В структуре геморрагического инсульта у 8 пациентов (12,5 % от всех пациентов с геморрагическим инсультом) было диагностировано нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние (САК), внутримозговое кровоизлияние (ВК) было диагностировано у 56 пациентов (87,5 %) (рис. 3).

При анализе гендерно-возрастных характеристик у пациентов с геморрагическим ОНМК были получены следующие результаты. Геморрагический инсульт был выявлен у 25 женщин (39,1 % от всех случаев геморрагического инсульта или 13,7 % от всех женщин с ОНМК)

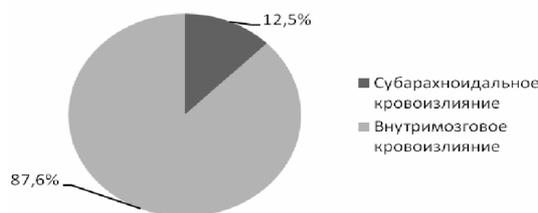


Рис. 3. Структура геморрагического ОНМК

и у 39 мужчин (60,9 % или 18,3 % соответственно). Средний возраст женщин составил $66,2 \pm 9,2$ лет, средний возраст мужчин составил $65,4 \pm 10,3$ лет. В возрастной группе 40–44 года было выявлено 2 пациента с геморрагическим инсультом, что составило 3,1 % от всех случаев геморрагического инсульта, в возрасте 45–49 лет 4 пациента (6,3 %). Больше половины всех пациентов с геморрагическим инсультом было выявлено в возрасте старше 65 лет (59,4 %). Таким образом, заболеваемость геморрагическим инсультом превосходит заболеваемость ишемическим в возрастных группах до 60 лет. В более старших возрастах превалирует заболеваемость ишемическим ОНМК.

Следует отметить, что у женщин геморрагический инсульт развивается в более старшем возрасте, чем у мужчин. Так у мужчин геморрагическое ОНМК было выявлено в возрастной группе 40–45 лет, в то время как у женщин только после 45 лет. Больше половины всех инсультов этого типа пришлось на пациентов старше 65 лет (68 % – у женщин и 53 % – у мужчин) (рис. 4).

Анализ сроков госпитализации при инсульте показал, что 43 % пациентов обращаются за медицинской помощью в первые 6 часов, 28 % пациентов от 6 до 24 часов. Позже первых суток обратилось 29 % пациентов. На основании полученных данных можно сделать следующие выводы, что больше половины пациентов с инсультом госпитализировались в достаточно поздние сроки (за рамками «терапевтического окна») (рис. 5).

Наибольшая смертность отмечалась при госпитализации в период от 6 до 24 часов (37 %), при госпитализации в период от 24 до 48 часов смертность составила 29 %. При госпитализации позднее двух суток смертность составляет 4,00 % и является самой низкой. Это можно объяснить тем, что острейший период ОНМК длится двое суток. При ранней госпитализации смертность составила 29 %. Все эти пациенты были с тяжелым

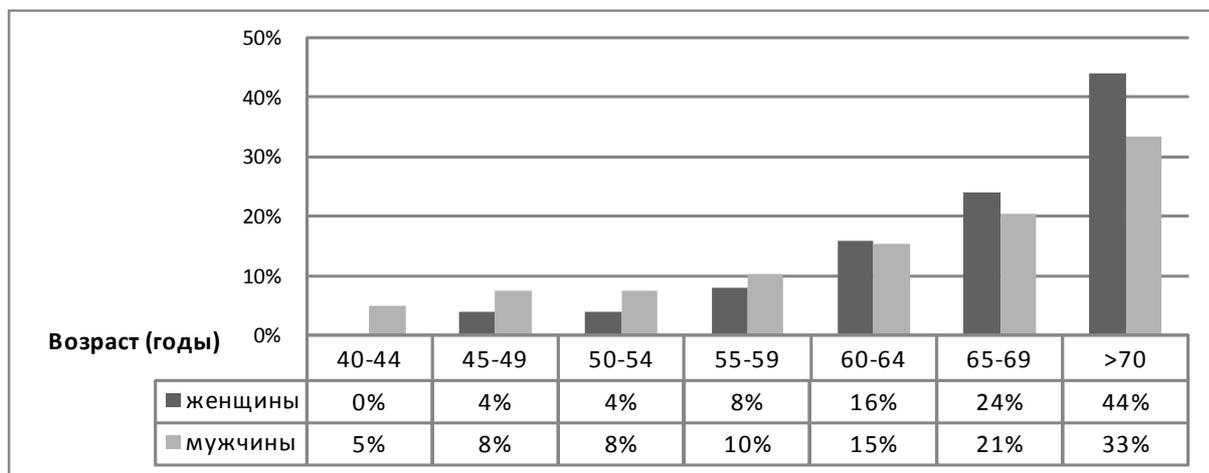


Рис. 4. Гендерные различия в возрастной структуре геморрагического ОНМК

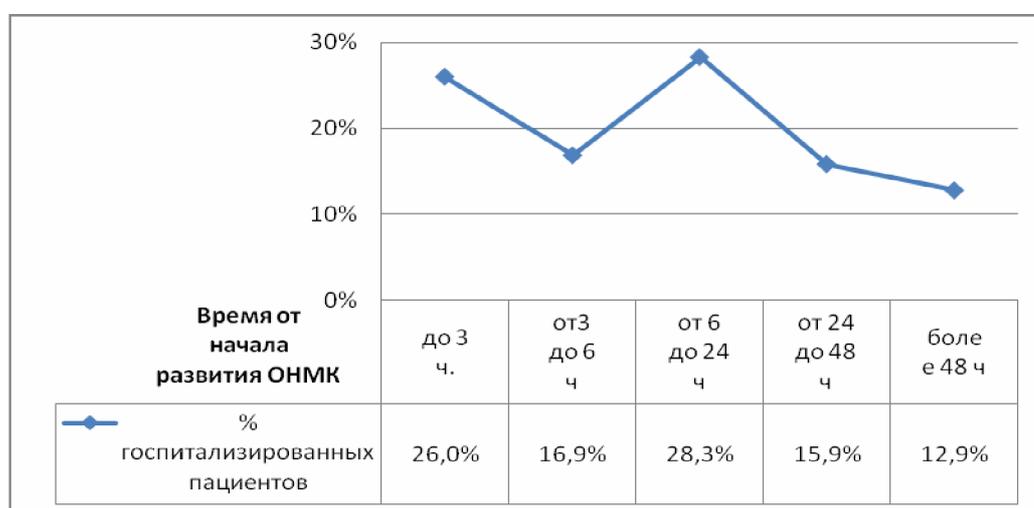


Рис. 5. Сроки госпитализации пациентов с ОНМК

обширным инсультом (по данным аутопсии) и при поступлении у половины из них были проявления нарастающего отека головного мозга (прогрессирующее нарушение сознания). Исходя из представленных данных, можно сделать следующие выводы:

- в первые 6 часов от развития заболевания госпитализируется меньше половины пациентов с инсультом;
- ранняя госпитализация (в первые 6 часов) позволит снизить смертность больных с ОНМК.

Из проанализированных нами историй болезни пациентов с инсультом в г. Волгограде, были выявлены следующие осложнения: отек головного мозга у 54 пациентов (14 % от всех случаев инсульта), гипостатическая пневмония у 32 пациентов (8 %), выраженные когнитивные нарушения у 14 (3 %), пролежни у 12 (3 %), нарушения психики у 9 (2 %), тромбоз вен нижних конечностей 6 (1 %), эпилептические припадки у 5 (1 %) (рис. 6).

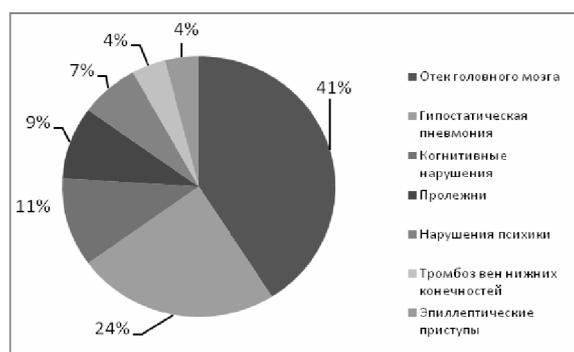


Рис. 6. Структура осложнений у пациентов с ОНМК (% рассчитан от всех случаев осложнений ОНМК)

Отек головного мозга был наиболее частым осложнение ОНМК. В 15,6 % случаев отек головного мозга развивался в первые часы заболевания (3–12 часов). Все эти пациенты поступили в стационар с нарушением сознания (сопор, кома). В 21,02 % случаев отек головного мозга развился в период 24–72 часа

от развития инсульта. В 63,3 % на 3–5-е сутки – от развития ОНМК. Это можно связать с недостаточной профилактикой этого осложнения у пациентов, находящихся в стационаре. Смертность у пациентов с отеком головного мозга составила 85,6 %. Исходя из результатов нашего исследования, можно сделать следующий вывод. Отек головного мозга наиболее частое и грозное осложнение ОНМК, в большинстве случаев приводящий к летальным исходам.

Гипостатическая пневмония была выявлена в 8 % от всех случаев ОНМК. Во всех случаях у пациентов в анамнезе имелись хронические легочные заболевания (ХОБЛ, хронический бронхит). Все случаи гипостатической пневмонии были диагностированы на 5–7-е сутки от развития ОНМК, у больных с тяжелыми двигательными нарушениями.

Выраженные когнитивные нарушения были диагностированы у пациентов старше 60 лет с ишемическим инсультом средней степени тяжести. Такое осложнение, как пролежни диагностировались у пациентов с тяжелым инсультом (выраженный неврологический дефицит, при котором пациенты могут передвигаться лишь в пределах кровати), старше 65 лет, имеющих в анамнезе сахарный диабет.

Нарушения психики были диагностированы у 2 % пациентов. Тромбоз нижних конечностей был выявлен в 1,5 %. Эпилептические приступы в 1,3 % случаев. Таким образом, исходя из данных нашего исследования, можно сделать следующие выводы. В большинстве случаев таких грозных осложнений, как отек головного мозга, гипостатическая пневмония, пролежни, можно было бы избежать при своевременной профилактике и должном уходе за пациентами.

Анализ лекарственной терапии в рамках нашего исследования осуществлялся в соответствии с группами лекарственных препаратов, предложенными в национальных клинических рекомендациях по ведению пациентов с ОНМК (Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Гехт А. Б., 2007). Кроме того учитывались лекарственные средства, назначаемые врачами г. Волгограда, для лечения пациентов с инсультом, но не вошедшие в национальные рекомендации.

Анализ структуры врачебных назначений выявил следующие особенности. Основными назначаемыми препаратами стали лекарственные средства различных фармакологических групп, обладающих вазоактивными, нейропро-

тективными, метаболическими свойствами. Они назначались в 43,3 % случаев (от всех назначений). Гипотензивные препараты назначались в 16,9 %, диуретики в 11,5 % случаев, антикоагулянты и антиагреганты в 11,3 %. Остальные группы лекарственных средств назначались гораздо реже.

Следует отметить, что в лечебных учреждениях г. Волгограда не применялась тромболитическая терапия ТЛТ для лечения пациентов с ишемическим инсультом. В то время как, по данным проведенных исследований, она эффективна при всех субтипах ишемического инсульта (Adams H. P. Jr, Brott T. G., Furlan A. J., 1996; Hsia A.W., Sachdev H. S., Tomlinson J., 2003). Отсутствие ТЛТ в структуре врачебных назначений не соответствовало ни имеющимся национальным клиническим рекомендациям, ни стандартам ведения пациентов с ОНМК. Это можно объяснить тем, что в первые 3 часа от развития инсульта госпитализируется только 26,01 % пациентов, а также в стационарах г. Волгограда не проводится ранняя нейровизуализация головного мозга.

При проведении анализа структуры назначения препаратов различных групп, обладающих нейропротективными, метаболическими и вазоактивными свойствами, были получены следующие данные.

Лидером в назначениях стал Пирацетам. Он был назначен в 14,8 % случаев от всех назначений в данной группе, или 6,4 % от всех назначений лекарственных средств. Это не соответствует ни стандартам ведения пациентов с инсультом, ни клиническим рекомендациям. Так по данным нашего исследования назначение Пирацетама составило 0,5 на одного больного. В то время как в стандартах оказания специализированной помощи пациентам с инсультом в остром периоде этот препарат не указан, а в национальных рекомендациях особо отмечена не доказанность эффективности применения его при инсульте. По стандартам ведения пациентов с ОНМК рекомендовано назначение данного препарата в таблетированной форме только у пациентов в восстановительном периоде. В большинстве случаев (74,1 %) пирацетам назначался с первого дня поступления пациента в стационар. В 15,3 % – с пятого дня от поступления. В 10,7 % – с десятого дня. Средняя суточная доза составила 5 мг/сутки. В среднем длительность

лечения пирацетамом составила 10,6 дней. Пирацетам назначался одинаково часто как при геморрагическом (49,59 % случаев), так и при ишемическом инсульте (50 % случаев).

Второй по количеству назначений в этой группе был Актовегин. Он назначался в 14,7 % случаев (по группе) или 7,5 % от всех назначений. Во всех случаях Актовегин назначался в первые трое суток от момента поступления пациента в стационар. Следует отметить, что Актовегин, как препарат для лечения инсультов не указан ни в национальных рекомендациях, ни в стандартах ведения пациентов с ОНМК. При ишемическом инсульте частота назначения этого препарата составила 56,3 %, при геморрагическом – 10,94 % назначений.

На третьем месте по количеству назначений был Пентоксифиллин. Он назначался в 11,8 % от данной группы препаратов, или 5,4 % от всех назначений. Средняя суточная доза составила 600 мг. Препарат вводился только парентерально (внутривенно). Средняя длительность терапии 9,8 дней. Следует отметить, что эффективность этого препарата у пациентов с инсультом окончательно не доказана (Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Гехт А. Б.), не указан он и в стандартах ведения пациентов с инсультом. По данным нашего исследования пентоксифиллин в 43,9 % при ишемическом инсульте и в 15,6 % при геморрагическом.

Аминофиллин (эуфиллин) назначался в 6,2 % случаев от данной группы препаратов (2,3 % случаев от всех назначений). Длительность терапии аминофиллина составила 6,7 дней. Как и у предыдущих препаратов, эффективность аминофиллина у пациентов с инсультом не является доказанной, поэтому он не указан ни в национальных рекомендациях, ни в стандартах ведения пациентов. По данным нашего исследования данный препарат назначался только у пациентов с ишемическим инсультом.

Этилметил – гидроксипиридина сукцинат (Мексидол) был назначен в 9,8 или 4,2 % случаев соответственно. Длительность назначения в среднем составила 5,6 дней. Средняя суточная доза составила 100 мг/сут. Следует отметить, что суточная доза соответствует дозе указанной в стандартах ведения пациентов с ОНМК. Однако мексидол назначался чаще, чем того требуют рекомендации. В реальной практике назначение составило 0,4 на одного пациента (при ишемическом инсульте),

а в стандартах ведения пациентов с ишемическим ОНМК указано 0,2 на одного больного.

Цитофлавин назначался в 7,07 % от всех назначений или 14 % случаев от назначения препаратов в данной группе. Длительность назначения в среднем составила 14,2 дня. Средняя суточная доза 20 мл/сут. Анализ соответствия применения цитофлавина в реальной практике с имеющимися стандартами позволил сделать следующие выводы. Средняя суточная доза соответствовала имеющимся стандартам, но данный препарат применялся чаще, чем это необходимо (в реальной практике назначение составило 0,5 на одного больного, в стандартах ведения 0,25 на одного больного).

Глицин был назначен в 7,5 или 3,2 % случаев соответственно, это составило 0,25 на одного человека. Длительность назначения препарата составила 15,4 дня. Глицин не назначался пациентам с тяжелым течением ОНМК (из-за нарушения сознания пациентов), а также пациентам с нарушением глотания. Средняя суточная доза препарата составила 1 г/сут. Следует отметить, что назначение глицина полностью соответствовало стандартам оказания специализированной помощи пациентам с инсультом.

Винпоцетин назначался в 8,8 или 3,9 % случаев соответственно, что составило 0,25 на одного человека. При анализе торговых названий этого препарата были получены следующие данные. В 72,4 % был назначен кавинтон, в 27,6 % винпоцетин. Средняя суточная доза составила 5 мг/сут. Длительность назначения 9,5 дней. Назначение этого препарата для пациентов в остром периоде ОНМК не имеет доказательной базы.

Ницерголин был назначен в 4,8 и 1,6 % случаев соответственно. На одного пациента это составило 0,2 назначения. Средняя суточная доза составила 4 мг. Длительность назначения 6,3 дня. Ницерголин вводился внутривенно. Данный препарат не указан ни в национальных рекомендациях, ни в стандартах ведения пациентов с инсультом.

Таким образом, результаты нашего исследования позволили сделать следующие выводы. Фармакологическая терапия пациентам с инсультом, не во всех случаях соответствует имеющимся нормативным документам. Так, например, было выявлено чрезмерное назначение препаратов, обладающих нейропротективными,

метаболическими, вазоактивными свойствами. Не все препараты, вошедшие в структуру лечебных назначений, были указаны в стандартах ведения пациентов с инсультом или клинических рекомендациях. У значительной части из широко используемых лекарственных средств вообще не имелось доказательной базы применения у пациентов с данной нозологией.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости обеспечения и реализации современных методов лечения, отход от которых оборачивается снижением эффективности и удорожанием как терапии, так и последующей реабилитации пациентов. Только строгое соблюдение стандартов и рекомендаций позволит изменить сложившуюся ситуацию.

Литература

1. Абаев Ю. К. История развития доказательной медицины // Медицинские новости. Белорусский государственный медицинский университет. – № 6. – 2007. – С. 143.
2. Алфимов Г. Ю., Маслова Н. Н. Регистр инсульта в Смоленской области // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – № 5. – С. 19–22.
3. Батышева Т. Т., Костенко Е. В., Ганжула П. А., Журавлева Е. Ю., Лисинкер Л. Н., Хозова А. А., Зайцев К. А., Бойко А. Н. Комплексная программа вторичной профилактики инсульта: место препарата Вазобрал // Consilium medicum. – 2003. – Т. 09. – № 2. – С. 79–81.
4. Белоусов Ю. Б., Леонова М. В., Белоусов Д. Ю., Быков А. В., Бекетов А. С. Результаты фармакоэпидемиологического исследования больных артериальной гипертензией в России (ПИФАГОР II) // Качественная клиническая практика. – 2004. – № 1. – С. 17–27.
5. Блум Б. Здоровоохранение: Здоровье населения Земли: переходный период // В мире науки. – 2005. – № 12. – С. 21–22.
6. Быков Л. В., Загорский А. П. Формуляр как основа рационального фармацевтического менеджмента // Фармация. – 1996. – № 3. – С. 9–13.
7. Бутранова О. И. Оптимизация фармакоэкономических показателей лечения сахарного диабета типа 2 с помощью ТЭС-терапии // Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.03.06 / Бутранова О. И. – ВолгГМУ. – Волгоград, 2009. – 45 с.
8. Верещагин Н. В., Варакин Ю. Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические проблемы // Журнал неврологии и психиатрии (приложение «Инсульт»). – 2001. – Т. 1. – С. 34–40.
9. Верткин А. Л., Наумов А. В., Шамуйлова М. М., Вовк В. И., Скорикова Ю. С. Нейропротективная терапия в остром периоде инсульта: шаг вперед // Международный неврологический журнал. – 2007. – № 4 (14). – С. 220–223.
10. Виленский Б. С. Принципы доказательной медицины применительно к назначению нейропротективной терапии при ишемическом инсульте // Неврология. Поликлиника. – 2010. – № 2. – С. 28–31.
11. Виноградова Т. Е. Эпидемиология и профилактика инсульта // Очерки по неврологии и нейрохирургии / Сборник лекций к 60-летию юбилею Красноярской государственной медицинской академии. – Красноярск, 2002. – С. 10–18.
12. Петров В. И. Фармакоэпидемиология основных лекарственных средств в России: динамика, тенденции и закономерности // Фармацевтический вестник. – 2005. – № 22 (385). – С. 22–25.
13. Статистический анализ и показатели работы лечебно-профилактических учреждений Волгоградской области 2007–2009. – Волгоград, 2010. – С. 63.
14. Чазов И. Е., Бойцова С. А., Небиридзе Д. В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов, 2008.

