

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-079.6

DOI 10.34014/2227-1848-2019-3-8-21

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ЭТАПЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

О.А. Морозова¹, Д.А. Шаров¹, Н.Н. Шарова²,
В.В. Морскова¹, А.В. Карпова¹, Ю.Н. Михелькова¹

¹ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Россия;

²БУ «Центральная городская больница» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Россия

e-mail: drmorozova@mail.ru

Научно обоснованная интерпретация анамнестических и объективных данных пациентов, обратившихся к врачу-неврологу поликлиники, занимает особое место в повышении качества диагностической и лечебно-реабилитационной помощи, так как главное направление деятельности поликлинической службы – своевременное выявление и профилактика болезней.

Цель – выявить дифференциально-диагностические особенности ранних проявлений неврологической патологии у пациентов врача-невролога поликлиники с целью оптимизации нейрореабилитационных и профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Обследовано 128 пациентов, обратившихся к неврологу поликлиники в течение месяца. Выделены две возрастно-половые группы (муж. – 40 чел., жен. – 88 чел.). Средний возраст пациентов – 53,8±5,6 года. Проведены сбор анамнестических сведений методами опроса и анкетирования, неврологический осмотр, инструментально-лабораторные исследования, анализ полученных результатов в соответствии с верифицированными диагнозами по МКБ-10.

Результаты. Выделены социальные и возрастно-половые группы, численно преобладающие в структуре неврологического поликлинического приема (пенсионеры и инвалиды в возрастном диапазоне 50–69 лет). Установлена взаимосвязь клинических проявлений неврологической патологии, особенностей производственно-бытовой сферы и социокультурального профиля пациентов. В структуре причин общей заболеваемости лиц, занятых в сфере производства, преобладающий удельный вес имели вредные условия труда и производственные стрессы. Наиболее часто диагностируемая патология нервной системы – цереброваскулярные болезни (в т.ч. дисциркуляторная энцефалопатия), вестибулопатии, болевые синдромы (в т.ч. цефалгический синдром), астенический и тревожный синдромы, вегетососудистая дистония.

Выводы. Своевременная ранняя (доклиническая) диагностика неврологической патологии с разработкой индивидуализированных нейрореабилитационных и профилактических программ на этапе поликлинической помощи предоставит возможность повышения эффективности диспансеризации, направленной на предупреждение возникновения и прогрессирования болезней нервной системы, в тяжелых стадиях, требующих высоких экономических затрат.

Ключевые слова: поликлиника, анализ структуры неврологической заболеваемости, цереброваскулярная патология, факторы риска, стресс.

Введение. По статистическим данным заболеваемости в Чувашии за последнее пятилетие наибольшее количество больных выявлено на предприятиях машиностроения, строительной индустрии, сельского хозяйства [1]. В структуре профессиональной патологии первое место занимают болезни орга-

нов дыхания (воздействие пыли, химических веществ), второе место – заболевания опорно-двигательного аппарата (воздействие физических перегрузок), на третьем месте – болезни, вызванные физическими факторами (вибрация, шум). В связи с ростом профессиональной патологии [2–4] необходимо про-

водить научно обоснованную интерпретацию анамнестических и объективных данных пациента для повышения качества диагностической, лечебно-реабилитационной и профилактической помощи на этапе поликлинического звена [5–7].

Цель исследования. Выделить дифференциально-диагностические особенности ранних проявлений неврологической патологии в структуре поликлинического приема для оптимизации реабилитационных и профилактических мероприятий.

В связи с поставленной целью необходимо проанализировать структуру неврологического поликлинического приема для определения индивидуальных личностных особенностей пациентов, выделения наиболее часто диагностируемой неврологической патологии, установления факторов риска и их причинно-следственных связей с заболеваниями, побуждающими пациентов обращаться за медицинской помощью к врачу-неврологу поликлиники.

Материалы и методы. Исследование проведено в условиях поликлинического неврологического приема [8]. Обследовано 128 больных, обратившихся к неврологу поликлиники в течение месяца [9]. Средний

возраст пациентов составил $53,8 \pm 5,6$ года (минимальный – 22 года, максимальный – 82 года). Все обследуемые были разделены на две возрастно-половые группы. В первую группу вошли мужчины – 40 чел. (31,3 %), вторую группу составили женщины – 88 чел. (68,7 %). По возрастным периодам выделено 6 диапазонов (от 22 до 79 лет).

Исследование включало сбор жалоб и анамнестических данных с помощью опроса и анкетирования [10], неврологический осмотр, анализ сопоставления анамнестических и клинических результатов с установленными диагнозами по МКБ-10, инструментальные и лабораторные методы верификации диагноза [11]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием параметрических критериев Стьюдента.

Результаты. Распределение основных групп по возрастным диапазонам (табл. 1) выявило значительное преобладание лиц женского пола во всех возрастных группах и преобладание удельного веса пациентов в возрастных периодах 60–69 (27,3 %) и 50–59 лет (22,7 %). Отмечается более высокий удельный вес мужчин в возрасте 50–59 (25,0 %) и 60–69 лет (20,0 %), женщин – в возрасте 60–69 (77,1 %) и 70–79 лет (72,2 %).

Таблица 1

Распределение пациентов по возрастным диапазонам

Возрастные группы, лет	Всего		В том числе					
			мужчины			женщины		
	чел.	%	чел.	% по возрасту	% по группе	чел.	% по возрасту	% по группе
22–29	14	10,9	5	35,7	12,5	9	64,3	10,2
30–39	15	11,7	6	40,0	15,0	9	60,0	10,2
40–49	15	11,7	5	33,3	12,5	10	66,7	11,4
50–59	29	22,7	10	34,5	25,0	19	65,5	21,6
60–69	35	27,3	8	22,9	20,0	27	77,1	30,7
70–79	18	14,1	5	27,8	12,5	13	72,2	14,8
≥80	2	1,6	1	50,0	2,5	1	50,0	1,10
Всего	128	100,0	40	31,3	100,0	88	68,7	100,0

Изучение состояния образовательного уровня пациентов (табл. 2) выявило наибольший удельный вес лиц, имеющих высшее образование (40,8 %). Обследуемые со средним образованием составили 31,1 %. Среднее спе-

циальное образование имели 26,2 % больных. В группе лиц мужского пола наиболее часто встречались пациенты со средним образованием (37,6 %), среди лиц женского пола – пациенты с высшим образованием (45,1 %).

Таблица 2

Распределение пациентов по уровню образования

Образование	Всего		В том числе					
			мужчины			женщины		
	чел.	%	чел.	% по образованию	% по группе	чел.	% по образованию	% по группе
Высшее	42	40,8	10	23,8	31,2	32	76,2	45,1
Среднее специальное	27	26,2	10	37,0	31,2	17	63,0	23,9
Среднее	32	31,1	12	37,5	37,6	20	62,5	28,2
Неоконченное высшее	2	1,9	0	-	-	2	100,0	2,8
Всего указали образование	103	100,0/ 80,5	32	31,1	100,0/ 80,0	71	68,9	100,0/ 80,7
Не указали образование	25	19,5	8	32,0	20,0	17	68,0	19,3
Всего пациентов	128	100,0	40	-	100,0	88	-	100,0

Анализ распределения пациентов по социальному статусу (табл. 3) выявил значительное преобладание пенсионеров и инвалидов (43,5 %). Меньший удельный вес имели рабочие (24,3 %) и служащие (22,6 %). Пенсионеры и инвалиды преобладали в каждой основной группе мужчин и женщин (37,1 и 46,3 % соответственно). Второе место по частоте среди лиц мужского пола занимали рабочие (28,6 %), среди женщин – служащие и рабочие (23,8 и 22,5 % соответственно).

Изучение условий труда работающих пациентов (табл. 4) выявило в большинстве случаев наличие негативных производственных факторов или вредных условий труда (86,1 %). Наиболее высокий удельный вес имели длительное пребывание в вынужденной позе (31,7 %), включая положение сидя (27,7 %), и тяжелый физический труд (14,8 %). Равное влияние оказывали работа в ночное время суток и воздействие шума

(8,9 %). Меньшее значение имела запыленность (7,9 %). Факторы холода и вибрации распределились в равной степени (по 5,0 %), работа с химикатами составила 3,9 %. Не имели вредных условий труда 13,9 % обследованных. По группам мужчин и женщин наибольший удельный вес имели длительное пребывание в вынужденной позе (32,3 и 31,4 % соответственно), включая положение сидя (29,0 и 27,1 % соответственно), и тяжелый физический труд (22,6 и 11,4 % соответственно). Меньший удельный вес в группе мужчин имела работа в ночное время суток (9,7 %), в группе женщин – воздействие шума, работа в ночные часы и запыленность (10,0 и по 8,6 % соответственно).

Что касается числа факторов вредных условий труда, воздействующих на человека одновременно (табл. 5), то преобладали указания на влияние одного (среди всех пациентов – 56,2 %; по группам мужчин и женщин –

52,4 и 57,7 % соответственно). В значительно меньшем числе наблюдений выявлено воздействие двух (среди всех пациентов – 16,4 %; среди мужчин – 23,8 %, женщин – 13,5 %), трех и более факторов (всего 8,2 %; мужчины – 9,5 %, женщины – 7,7 %).

Исследование значимости фактора стресса (табл. 6) в большинстве случаев показало наличие его влияния на пациентов (56,9 %) с заметным преобладанием в группе женщин (68,2 %). Высокий удельный вес имел производственный стрессовый фактор (21,6 %), также преобладающий у женщин (72 %). Воздействие стресса бытового происхождения выявлено в 10,3 % случаев, смешанного характера (на производстве и в быту) – в 4,3 % (также преобладало среди женщин: бытового – 75,0 %, смешанного – 80,0 %). Не имели стрессовых ситуаций 43,1 % пациентов.

Влияние фактора стресса по группам мужчин и женщин имело место в 55,3 и 57,7 % случаев соответственно. Наибольший

удельный вес имел производственный стресс (мужчины – 18,4 %, женщины – 23,1 %). Влияние бытового стресса отмечено у женщин в 11,5 % случаев, у мужчин – в 7,9 %.

Количественный анализ субъективных симптомов (табл. 7) в обеих основных группах выявил заметное преобладание пациентов с двумя доминирующими жалобами (32,8 %). Меньший удельный вес имели пациенты с тремя жалобами (23,4 %). Небольшое число пациентов предъявляли по одной жалобе (21,9 %). По группам мужского и женского пола преобладали пациенты, предъявлявшие по две и три жалобы: в мужской группе – 30 и 25 % соответственно, в женской группе – 34,5 и 23,0 % соответственно. Удельный вес мужчин с одной жалобой составил 22,5 %, женщин – 21,8 %. Полиморфизм жалоб (4 и более) наблюдался в небольшом числе случаев (14,8 %) с выраженным преобладанием в группе лиц женского пола (17,2 %).

Таблица 3

Распределение пациентов по социальному статусу

Социальный статус	Всего		В том числе					
			мужчины			женщины		
	чел.	%	чел.	% по социальному статусу	% по группе	чел.	% по социальному статусу	% по группе
Служащий	26	22,6	7	26,9	20,0	19	73,1	23,8
в т.ч. руководитель	5	4,4	2	40,0	5,7	3	60,0	3,8
Рабочий	28	24,3	10	35,7	28,6	18	64,3	22,5
Пенсионер / инвалид	50	43,5	13	26,0	37,1	37	74,0	46,3
Опекун	1	0,9	0	-	-	1	-	1,2
Безработный	8	7,0	5	62,5	14,3	3	37,5	3,7
Учащийся	2	1,7	0	-	-	2	-	2,5
Всего указали социальный статус	115	100,0/ 89,8	35	30,4	100,0/ 87,5	80	69,6	100,0/ 90,9
Не указали социальный статус	13	10,2	5	38,5	12,5	8	61,5	9,1
Всего пациентов	128	100,0	40	-	100,0	88	-	100,0

Таблица 4

Структура вредных условий труда

Вредные условия труда	Всего		В том числе					
			мужчины			женщины		
	чел.	%	чел.	% по условиям труда	% по группе	чел.	% по условиям труда	% по группе
Тяжелый физический труд	15	14,8	7	46,7	22,6	8	53,3	11,4
Работа в ночное время суток	9	8,9	3	33,3	9,7	6	66,7	8,6
Шум	9	8,9	2	22,2	6,5	7	77,8	10,0
Запыленность	8	7,9	2	25,0	6,5	6	75,0	8,6
Холод	5	5,0	1	20,0	3,2	4	80,0	5,7
Вибрация	5	5,0	2	40,0	6,5	3	60,0	4,3
Контакт с химикатами	4	3,9	1	25,0	3,2	3	75,0	4,3
Длительная вынужденная поза	32	31,7	10	31,3	32,3	22	68,7	31,4
в т.ч. положение сидя	28	27,7	9	32,1	29,0	19	67,9	27,1
Всего имеющие вредные условия труда (от всех указавших)	87	86,1	28	32,2	90,3	59	67,8	84,3
Всего не имеющих вредных условий труда (от всех указавших)	14	13,9	3	21,4	9,7	11	78,6	15,7
Всего указавшие условия труда	101	100,0/ 78,9	31	100,0	100,0/ 77,5	70	100,0	100,0/ 79,5
Всего не указавших условий труда	27	21,1	9	33,3	22,5	18	66,7	20,5
Всего пациентов	128	100,0	40	-	100,0	88	-	100,0

Изучение структуры субъективных симптомов пациентов обеих групп (табл. 8) выявило значительное преобладание указаний на боли (64,8 %). Наибольший удельный вес болевого синдрома отмечался в женской группе (73,5 %). В болевом синдроме резко преобладали головные боли (43,8 %). Боли в области шеи и поясницы выявлены почти в равном количестве случаев (9,4 и 10,2 % соответ-

ственно). Высокий удельный вес в жалобах имели головокружение (28,9 %) и нарушения ходьбы (18,8 %), меньший – чувство онемения (12,5 %) преимущественно в пальцах кистей, общая слабость и быстрая утомляемость (10,2 %), нарушения памяти и забывчивость (8,6 %). С равной частотой беспокоили слабость в конечностях, шум в голове (7,8 %), тревожность и нарушения сна (6,3 %). Анализ

структуры субъективной симптоматики по группам (табл. 8) выявил заметное преобладание болевого синдрома (мужчины – 55,0 %; женщины – 70,1 %). В болевом синдроме головные боли составили у мужчин 37,5 %, у женщин 47,1 %. Головокружение в группах мужчин и женщин наблюдалось в 30,0 и 28,7 % случаев соответственно. Высокий удельный вес в жалобах мужчин имели нарушения ходьбы (22,5 %) и чувство онемения (20,0 %) преимущественно в пальцах кистей (12,5 %), у женщин – нарушения ходьбы (17,2 %), общая слабость и быстрая утомляемость (13,8 %). Жалобы на боли в пояснице с заметным преобладанием предъявляли мужчины – 15,0 % (женщины – 8 %), на боли в об-

ласти шеи – женщины – 11,5 % (мужчины – 5 %). Суставные боли мужчины отмечали в 7,5 % случаев, женщины – в 3,4 %. Нарушения памяти и забывчивость преобладали у мужчин – 15 % (женщины – 5,7 %), тревожность и нарушения сна – у женщин – 8 % (мужчины – 2,5 %).

Анализ структуры заболеваемости по основной неврологической патологии (табл. 9) позволил установить резкое преобладание удельного веса сосудистой патологии головного мозга (69,5 %). На уровне поликлинического звена в эту группу болезней были включены цереброваскулярные болезни, дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая недостаточность мозгового кровообращения.

Таблица 5

**Количество факторов вредных условий труда,
одновременно воздействующих на пациента**

Вредные условия труда, единиц	Всего		В том числе			
			мужчины		женщины	
	чел.	%	чел.	% по группе	чел.	% по группе
0	14	19,2	3	14,3	11	21,1
1	41	56,2	11	52,4	30	57,7
2	12	16,4	5	23,8	7	13,5
≥3	6	8,2	2	9,5	4	7,7
Всего указавшие частоту воздействия (от всех указавших)	73	100,0/72,3	21	100,0/67,7	52	100,0/74,3
Всего не указавшие частоту воздействия (от всех указавших)	28	27,7	10	32,3	18	25,7
Всего указавшие условия труда (от всех пациентов)	101	100,0/78,9	31	100,0/77,5	70	100,0/79,5
Всего не указавших условий труда (от всех пациентов)	27	21,1	9	22,5	18	20,5
Всего пациентов	128	100,0	40	100,0	88	100,0

Таблица 6

Влияние фактора стресса

Фактор стресса		Всего		В том числе					
				мужчины			женщины		
		чел.	%	чел.	% по фактору	% по группе	чел.	% по фактору	% по группе
Имеется		66	56,9	21	31,8	55,3	45	68,2	57,7
в т.ч.	на производстве	25	21,6	7	28,0	18,4	18	72,0	23,1
	в быту	12	10,3	3	25,0	7,9	9	75,0	11,5
	на производстве и в быту	5	4,3	1	20,0	2,6	4	80,0	5,1
Не имеется		50	43,1	17	34,0	44,7	33	66,0	42,3
Всего выделивших влияние фактора стресса (от всех пациентов)		116	100,0/ 90,6	38	32,8	100,0/ 95,5	78	67,2	100,0/ 88,6
Всего не указавших влияние фактора стресса (от всех пациентов)		12	9,4	2	16,7	5,0	10	83,3	11,4
Всего пациентов		128	100,0	40	-	100,0	88	-	100,0

Таблица 7

Количественное распределение субъективных симптомов (жалоб)

Количество жалоб	Всего		В том числе					
			мужчины			женщины		
	чел.	%	чел.	% по показателю	% по группе	чел.	% по показателю	% по группе
Нет	8	6,3	5	62,5	12,5	3	37,5	3,5
1	28	21,9	9	32,1	22,5	19	67,9	21,8
2	42	32,8	12	28,6	30,0	30	71,4	34,5
3	30	23,4	10	33,3	25,0	20	66,7	23,0
≥4	19	14,8	4	21,1	10,0	15	79,0	17,2
Нет данных	1	0,78	-	-	-	-	-	-
Всего пациентов	128	100,0	40	31,3	100,0	88	68,7	100,0

Таблица 8

Структура субъективных симптомов

Субъективные симптомы		Всего		В том числе					
				мужчины			женщины		
		чел.	%	чел.	% по симптому	% по группе	чел.	% по симптому	% по группе
Боли		83	64,8	22	26,5	55,0	61	73,5	70,1
в т.ч.	головные	56	43,8	15	26,8	37,5	41	73,2	47,1
	в пояснице	13	10,2	6	46,2	15,0	7	53,8	8,0
	в шее	12	9,4	2	16,7	5,0	10	83,3	11,5
	в суставах	6	4,7	3	50,0	7,5	3	50,0	3,4
Головокружение		37	28,9	12	32,4	30,0	25	67,6	28,7
Шум в голове / в ушах		10	7,8	2	20,0	5,0	8	80,0	9,2
Снижение слуха		8	6,3	2	25,0	5,0	6	75,0	6,9
Чувство онемения		16	12,5	8	50,0	20,0	8	50,0	9,2
в т.ч. пальцев кисти		8	3,9	5	62,5	12,5	3	37,5	3,4
Слабость конечностей		10	7,8	5	50,0	12,5	5	50,0	5,7
Шаткость, затруднение ходьбы		24	18,8	9	37,5	22,5	15	62,5	17,2
в т.ч. причины:									
головокружение		13	10,2	3	23,1	7,5	10	76,9	11,5
боли в ногах		9	7,1	6	66,7	15,0	3	33,3	3,4
Общая слабость / быстрая утомляемость		13	10,2	1	7,7	2,5	12	92,3	13,8
Нарушение сна		8	6,3	1	12,5	2,5	7	87,5	8,0
Тревожность		8	6,3	1	12,5	2,5	7	87,5	8,0
Нарушение памяти / забывчивость		11	8,6	6	54,5	15,0	5	45,5	5,7
Всего пациентов, предъявивших жалобы, включая повторяющиеся (от всех пациентов)		120	100,0/ 93,8	35	29,2	100,0/ 87,5	85	70,8	100,0/ 96,6
Всего пациентов, не предъявивших жалоб (от всех пациентов)		8	6,2	5	62,5	12,5	3	37,5	3,4
Всего пациентов		128	100,0	40	-	100,0	88	-	100,0

Таблица 9

Структура заболеваемости по неврологической патологии

Установленный диагноз	Всего		В том числе					
			мужчины			женщины		
	чел.	%	чел.	% по диагнозу	% по группе	чел.	% по диагнозу	% по группе
Сосудистая патология головного мозга	89	69,5	23	25,8	57,5	66	74,2	75,0
Атеросклероз БЦА	11	8,6	3	27,3	7,5	8	72,7	9,1
ВСД	15	11,7	3	20,0	7,5	12	80,0	13,6
Астенический синдром (в т.ч. неврастенический, тревожный)	27	21,1	6	22,2	15,0	21	77,8	23,9
Головная боль	15	11,7	2	13,3	5,0	13	86,7	14,8
в т.ч. напряжения	5	3,9	0	-	-	5	100,0	5,7
Когнитивные нарушения	12	9,4	6	50,0	15,0	6	50,0	6,8
Органическое расстройство личности	1	0,8	1	-	2,5	0	-	-
Вестибулопатия	32	25,0	7	21,9	17,5	25	78,1	28,4
Болевой синдром (боль в спине)	14	10,9	5	35,7	12,5	9	64,3	10,2
Люмбоишиалгия	7	5,5	3	42,9	7,5	4	57,1	4,6
Грыжи межпозвонковых дисков	7	5,5	3	42,9	7,5	4	57,1	4,6
Остеохондроз	7	5,5	1	14,3	2,5	6	85,7	6,8
Цервикалгия	9	7,1	1	11,1	2,5	8	88,9	9,1
Невралгия тройничного нерва	3	2,3	0	-	-	3	-	3,4
Черепно-мозговая травма	5	3,9	4	80,0	10,0	1	20,0	1,1
Паркинсонический синдром	3	2,3	1	-	2,5	2	-	2,3
Полинейропатия	4	3,1	3	75,0	7,5	1	25,0	1,1
Другие	25	18,0	6	26,1	15,0	9	73,9	10,2
Всего пациентов (включая со сложными диагнозами)	128	100,0	40	31,3	100,0	88	68,8	100,0

Атеросклероз брахиоцефальных артерий (БЦА) диагностирован в 8,6 % случаев. Когнитивные расстройства отмечены у 9,4 % пациентов [12, 13]. Высокий удельный вес имели вестибулопатии (25,0 %) и астенический синдром (21,1 %). В равном процентном соотношении диагностированы вегетососудистая дистония (ВСД) и цефалгический синдром (11,7 %). В структуре цефалгического синдрома 3,9 % заняла головная боль напряжения. Боль в спине выявлена в 10,9 % случаев, цервикалгия – в 7,1 %. Относительно равномерно распределились остеохондроз, люмбоишиалгии, грыжи межпозвонковых дисков (5,5 %). Менее часты были обращения по поводу черепно-мозговой травмы (3,9 %), полинейропатий (3,1 %) и паркинсонического синдрома (2,3 %).

По группам лиц мужского и женского пола наибольший удельный вес имела сосудистая патология головного мозга (57,5 и 75,0 % соответственно). Менее представлены вестибулопатии (мужчины – 17,5 %, женщины – 28,4 %). В мужской группе отмечено относительно равномерное распределение астенического синдрома (15 %), когнитивных расстройств (15 %) и болевого синдрома (12,5 %). В группе женщин астенический синдром диагностирован в 23,9 % случаев, головная боль – в 14,8 %, ВСД – в 13,6 %, боль в спине – в 10,2 %.

В целом в структуре заболеваемости поликлинического приема значительно преобладала сосудистая патология головного мозга (69,5 %). Высокий удельный вес имели вестибулопатии (25 %) и астенический синдром (21,1 %). Достаточно часто регистрировалась головная боль (11,7 %), вегетососудистая дистония (11,7 %) и боли в спине (10,9 %).

Обсуждение. Анализ возрастно-полового состава выявил наибольшее число пациентов в возрастных группах 60–69 и 50–59 лет со значительным преобладанием лиц женского пола. Более высокий удельный вес мужчин отмечен в возрасте 50–59 лет, женщин – 60–69 лет. Среди всех пациентов отмечено более частое посещение поликлиники лицами, имеющими высшее образование (40,8 %). По социальному статусу в общем числе пациентов значительно преобладали пенсионеры и

инвалиды (43,5 %). Рабочие и служащие имели меньший удельный вес.

Преобладание пациентов пожилого возраста и лиц женского пола в условиях поликлинического неврологического приема обусловлено возрастными особенностями, гормональными изменениями в пожилом возрасте (климактерический период), усилением воздействия метеогелиофакторов и биологических ритмов [14, 15]. Большое значение имеют выраженные мотивационные и эмоциональные факторы [16, 17] – стремление найти успокоение в лице врача, устранение семейных обязанностей (взрослые дети, установившиеся семейные отношения, позитивная стабилизация бытовых условий). Частой причиной заболеваемости у женщин является длительное пребывание в вынужденной позе, особенно в положении сидя. Рабочее сидячее положение является основной составляющей многих профессий: бухгалтер, учитель, швея, станочник, рабочий конвейера, специалист по компьютерным программам. Длительное вынужденное сидячее положение, особенно в неудобных позах, способствует прогрессированию микротравматизации шейного отдела позвоночника, развитию спондилоартроза, подвывихов позвонков, возникновению заднего шейного симпатического синдрома. У лиц мужского пола в большей степени можно отметить нарастание возрастных и ситуационно-профессиональных изменений в позвоночнике (тяжелый физический труд, микротравматизация поясничного отдела позвоночника водителей транспорта, действие вибрации).

Другой мотивацией посещения поликлиники являются личностные особенности пациентов и изменения быта в пожилом и старческом возрасте. У человека, занятого в производстве, нет достаточного времени для визита к врачам поликлиники, проведения различных обследований, консультаций разных специалистов. Работающие люди зачастую лечатся самостоятельно народными средствами. Неработающие пенсионеры и инвалиды имеют достаточно много свободного времени для посещения врачей поликлиники и стационара и проведения множественных лабораторно-инструментальных исследований.

Изучение влияния на занятых в производстве пациентов вредных условий труда показало значительный удельный вес больных этой категории (86,1 %). Всеми пациентами отмечены стрессы производственного характера. Среди всех негативных производственных факторов основными являются длительное пребывание в вынужденной позе и в положении сидя и тяжелый физический труд. Высокий удельный вес имеет фактор стресса (56,9 %), заметно преобладающий у лиц женского пола (68,2 %). Кроме того, женщины в основном указывали на смешанный характер стресса (на производстве и в быту), а мужчины – на производственный [18].

Количественный анализ субъективной симптоматики выявил преобладание пациентов мужского и женского пола с 2 или 3 жалобами. Полиморфизм субъективных симптомов наблюдался у небольшого числа пациентов, среди которых значительное преимущество принадлежит женщинам (79,0 %). Наиболее частыми жалобами пациентов по результатам изучения структуры субъективной симптоматики были жалобы на боли (64,8 %) со значительным преобладанием болевого синдрома у лиц женского пола (73,5 %). Наибольший удельный вес занимали головные боли (43,8 %). Отмечены значимые различия в распределении болевого синдрома среди мужчин и женщин: преобладание болей в спине у мужчин, в области шеи – у женщин. Вторыми по частоте субъективными симптомами были головокружения (28,9 %) и нарушения ходьбы (18,8 %). Выделены жалобы на повышенную утомляемость, слабость, нарушения памяти, забывчивость, тревожность, расстройства сна.

В структуре установленных диагнозов наиболее высокий удельный вес имеет сосудистая патология головного мозга (69,5 %), в которой преобладает дисциркуляторная энцефалопатия, что объясняется в большей степени возрастными нарушениями сердечно-сосудистой системы, преимущественно сопровождающимися атеросклерозом и артери-

альной гипертензией [19]. В возрастном аспекте расстройства церебральной макро- и микрогемодинамики обусловлены изменением агрегационных и реологических свойств крови, замедлением мозгового кровотока, нарушением системного кровообращения. В организации гемодинамики головного мозга наследственные анатомо-функциональные изменения, сопряженные с эмоциональными аффектами в производственных и бытовых условиях, оказывают основное воздействие на качественную составляющую состояния здоровья человека. Высокий удельный вес цереброваскулярной патологии во многом обусловлен и преобладанием в структуре пациентов поликлиники лиц пенсионного возраста и инвалидов. С меньшей частотой выявлялись вестибулопатии, астенические синдромы, сопряженные с невротическими и тревожными проявлениями, ВСД [20]. В большинстве наблюдений имело место сочетание психических, невротических, эмоциональных и возрастно-соматических факторов.

Заключение. Динамическое многофакторное изучение структуры неврологической патологии на уровне поликлинического звена имеет существенное значение для ранней достоверной диагностики болезней нервной системы, комплексной оценки целесообразности и необходимости в сложных лабораторно-инструментальных методах визуализации. В условиях поликлинического приема при постановке диагноза неврологического заболевания важно учитывать личностные особенности реагирования пациента на стрессовые ситуации производственного и бытового происхождения. При проведении профилактических осмотров населения особое внимание необходимо уделять лицам старших возрастных групп, занятым в производственной сфере с воздействием негативных условий труда, и пенсионерам, включая инвалидов, для формирования групп пациентов с повышенным риском развития неврологической патологии, особое место в которой занимают сосудистые заболевания головного мозга.

Литература

1. *Богданова Т.Г., Ананьева С.И., Герасимова Л.И.* Особенности заболеваемости населения Чувашской Республики в 2013 г. *Здравоохранение Чувашии.* 2014; 2: 15–21.
2. *Бойцов С.А., Чучалин А.Г.* Профилактика хронических неинфекционных заболеваний: рекомендации. М.: МЗ РФ; 2013. 128.
3. *Кадыров Ф.Н.* Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. 2-е изд. М.: ИД «Менеджер здравоохранения»; 2011. 469.
4. *Медик В.А., Юрьев В.К.* Общественное здоровье и здравоохранение. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 288.
5. *Кучеренко В.З.*, ред. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: учеб. пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008. 559.
6. *Горобчук В.Г., Бунь Н.А., Яхно Г.Г., Логинов А.Н.* Социологическое исследование качества медицинского обслуживания. *Советское здравоохранение.* 1990; 8: 19–23.
7. *Гата А.С.* Пути достижения стабилизации состояния здоровья населения России. *Здравоохранение.* 2001; 1: 12–16.
8. *Дюютова М.В.* Организационно-методические подходы к совершенствованию оказания амбулаторно-поликлинической помощи. *Медицинский альманах.* 2012; 1: 17–20.
9. *Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А.* Практикум к занятиям в клинике неврологии: учеб. пособие. М.: МЕДпресс-информ; 2011. 288.
10. *Паршина Ю.В., Кононова И.В.* Особенности социального статуса, образа и качества жизни лиц пожилого и старческого возраста. Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья: материалы межрегиональной научно-практической конференции. 21 марта 2014. Оренбург; 2014: 123–127.
11. *Трошин В.Д.* Нервные болезни: учебник. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2013. 448.
12. *Яхно Н.Н.* Когнитивные расстройства в неврологической клинике. *Неврологический журнал.* 2006; 11 (1): 4–12.
13. *Nelson A.P., O'Connor M.G.* Mild cognitive impairment: a neuropsychological perspective. *CNS Spectr.* 2008; 13 (1): 56–64.
14. *Герасимчук М.Ю.* Прогностическая значимость оценки биологических ритмов при депрессии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2018; 118 (9): 17–21.
15. *Варламова Н.Г., Зенченко Т.А., Бойко Е.Р.* Годовая динамика артериального давления и метеочувствительность у женщин. *Тер. арх.* 2017; 89 (12): 56–63.
16. *Танащян М.М., Бархатов Д.Ю., Родионова Ю.В., Коновалов Р.Н.* Новые подходы к коррекции когнитивных нарушений у больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями. Неотложные состояния в неврологии: труды национального конгресса. 2–3 декабря 2009. Москва; 2009: 168–171.
17. *Никольская И.Н., Гусева И.А., Близневская Е.В.* Роль тревожных расстройств при гипертонической болезни и возможности их коррекции. *Лечащий врач.* 2007; 3: 89–91.
18. *Трошин В.Д.* Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика. М.: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2007. 784.
19. *Павлов А.А.* Ранняя диагностика и лечение неосложненной гипертонической болезни в поликлинике. *Мед. помощь.* 2000; 4: 11–14.
20. *Лебедева Н.Н., Мальцев В.Ю., Почигаева К.И., Гехт А.Б.* Нейрофизиологические особенности когнитивной деятельности у пациентов с тревожно-депрессивными и ипохондрическими расстройствами. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2019; 119 (3): 43–49.

ANALYSIS OF NEUROLOGICAL PATHOLOGY IN AN OUTPATIENT TREATMENT PROGRAM

O.A. Morozova¹, D.A. Sharov¹, N.N. Sharova²,
V.V. Morskova¹, A.V. Karpova¹, Yu.N. Mikhel'kova¹

¹Institute for Advanced Medical Studies, Ministry of Healthcare of Chuvash Republic, Cheboksary, Russia;

²Central City Hospital, Ministry of Healthcare of Chuvash Republic, Cheboksary, Russia

e-mail: drmorozova@mail.ru

Scientific-based interpretation of anamnestic and objective data of patients who seek neurologist's advice in an outpatient hospital plays an important role in improving diagnostics, treatment and rehabilitation, as the main purpose of any outpatient department is early detection and prevention of diseases.

The aim of the paper is to identify differential and diagnostic characteristics of early neuropathological manifestations in patients, visiting neurologist at an outpatient department, since early diagnostics can improve neuro-rehabilitative and preventive measures.

Materials and Methods. The authors examined 128 patients who were visiting a neurologist at an outpatient department within a month's time. Two age-gender groups were identified (40 males, 88 females). The average age of the patients was 53.8±5.6 years. The authors gained the medical history of the patients (anamnesis) through interviews, questionnaires, neurological examinations, instrumental and laboratory tests, and analysis of the obtained results according to verified diagnoses of ICD-10.

Results. The authors identified social and age-gender groups, which numerically dominated in the structure of neurological outpatient examination (pensioners and disabled people, 50–69 years of age). They also established the relationship between clinical neuropathological manifestations, life and work characteristics and the sociocultural patients' profile. Harmful working conditions and working stress prevailed in the structure of general morbidity of the industrial workers. The most commonly diagnosed CNS pathologies were cerebrovascular diseases (including discirculatory encephalopathy), vestibular sickness, pain syndromes (including cephalgic syndrome), asthenic and anxiety syndromes, and vegetovascular dysfunction.

Conclusion. Timely early (preclinical) neuropathological diagnostics and the development of individualized neuro-rehabilitative and preventive programs at the outpatient level can provide an opportunity to increase the effectiveness of the periodic health examination aimed at ill-health prevention and CNS disease progression, leading to high economic costs.

Keywords: *outpatient hospital, analysis of the neurological morbidity structure, cerebrovascular pathology, risk factors, stress.*

References

1. Bogdanova T.G., Anan'eva S.I., Gerasimova L.I. Osobennosti zaboлеваemosti naseleniya Chuvashskoy Respubliki v 2013 g [Morbidity in the Chuvash Republic in 2013]. *Zdravookhranenie Chuvashii*. 2014; 2: 15–21 (in Russian).
2. Boytsov S.A., Chuchalin A.G. *Profilaktika khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy: rekomendatsii* [Prevention of chronic noncontagious disease: recommendations]. Moscow: MZ RF; 2013. 128 (in Russian).
3. Kadyrov F.N. *Ekonomicheskie metody otsenki effektivnosti deyatelnosti meditsinskikh uchrezhdeniy* [Economic methods for assessing medical institution efficacy]. 2-e izd. Moscow: ID «Menedzher zdravookhraneniya»; 2011. 469 (in Russian).
4. Medik V.A., Yur'ev V.K. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie* [Public health and healthcare]. 3-e izd., pererab. i dop. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. 288 (in Russian).
5. Kucherenko V.Z., ed. *Organizatsiya i otsenka kachestva lechebno-profilakticheskoy pomoshchi nasele-niyu: ucheb. posobie* [Organization and quality assessment of medical and preventive care: textbook]. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. 559 (in Russian).
6. Gorobchuk V.G., Bun' H.A., Yakhno G.G., Loginov A.N. Sotsiologicheskoe issledovanie kachestva meditsinskogo obsluzhivaniya [A case study of the medical care quality]. *Sovetskoe zdravookhranenie*. 1990; 8: 19–23 (in Russian).
7. Gata A.S. Puti dostizheniya stabilizatsii sostoyaniya zdorov'ya naseleniya Rossii [Ways of improving health status among the Russian citizens]. *Zdravookhranenie*. 2001; 1: 12–16 (in Russian).

8. Doyutova M.V. Organizatsionno-metodicheskie podkhody k sovershenstvovaniyu okazaniya ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi [Organizational and methodological approaches to outpatient care improvement]. *Meditinskiy al'manakh*. 2012; 1: 17–20 (in Russian).
9. Skoromets A.A., Skoromets A.P., Skoromets T.A. *Praktikum k zanyatiyam v klinike nevrologii: ucheb. posobie* [Workshop for classes in a neurology clinic: textbook]. Moscow: MEDpress-inform; 2011. 288 (in Russian).
10. Parshina Yu.V., Kononova I.V. Osobennosti sotsial'nogo statusa, obraza i kachestva zhizni lits pozhilogo i starchyego vozrasta [Characteristics of social status, lifestyle and quality of life of elderly people]. *Aktual'nye voprosy organizatsii zdravookhraneniya i obshchestvennogo zdorov'ya: materialy mezhtseleynoy nauchno-prakticheskoy konferentsii*. 21 marta 2014 [Topical issues of healthcare and public health organization: Proceedings of the Multiregional research and practice conference. March 21st, 2014]. Orenburg; 2014: 123–127 (in Russian).
11. Troshin V.D. *Nervnye bolezni: uchebnyy* [Nervous diseases: Textbook]. 2-e izd., pererab. i dop. Moscow: OOO «Meditinskoe informatsionnoe agentstvo»; 2013. 448 (in Russian).
12. Yakhno N.N. Kognitivnye rasstroystva v nevrologicheskoy klinike [Cognitive disorders in a neurological department]. *Nevrologicheskiy zhurnal*. 2006; 11 (1): 4–12.
13. Nelson A.P., O'Connor M.G. Mild cognitive impairment: a neuropsychological perspective. *CNS Spectr*. 2008; 13 (1): 56–64.
14. Gerasimchuk M.Yu. Prognosticheskaya znachimost' otsenki biologicheskikh ritmov pri depressii [Prognostic significance of biological rhythm assessment in depression]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018; 118 (9): 17–21 (in Russian).
15. Varlamova N.G., Zenchenko T.A., Boyko E.R. Godovaya dinamika arterial'nogo davleniya i meteochuvstvitel'nost' u zhenshchin [Annual dynamics of blood pressure and meteosensitivity in women]. *Ter. arkh*. 2017; 89 (12): 56–63 (in Russian).
16. Tanashyan M.M., Barkhatov D.Yu., Rodionova Yu.V., Konovalov R.N. Novye podkhody k korrektsii kognitivnykh narusheniy u bol'nykh s khronicheskimi tserebrovaskulyarnymi zabolevaniyami [New approaches to cognitive impairment correction in patients with chronic cerebrovascular diseases]. *Neotlozhnye sostoyaniya v nevrologii: trudy natsional'nogo kongressa*. 2–3 dekabrya 2009 [Emergencies in Neurology: Proceedings of the National Congress. December 3, 2009]. Moscow; 2009: 168–171 (in Russian).
17. Nikol'skaya I.N., Guseva I.A., Bliznevskaya E.V. Rol' trevozhnykh rasstroystv pri gipertonicheskoy bolezni i vozmozhnosti ikh korrektsii [Role of anxiety disorders in hypertension and their correction]. *Lechashchiy vrach*. 2007; 3: 89–91 (in Russian).
18. Troshin V.D. *Stress i stressogennyye rasstroystva: diagnostika, lechenie, profilaktika* [Stress and stress disorders: Diagnosis, treatment, prevention]. Moscow: OOO «Meditinskoe informatsionnoe agentstvo»; 2007. 784 (in Russian).
19. Pavlov A.A. Rannyya diagnostika i lechenie neoslozhnennoy gipertonicheskoy bolezni v poliklinike [Early diagnosis and treatment of uncomplicated hypertension in the outpatient hospital]. *Med. pomoshch'*. 2000; 4: 11–14 (in Russian).
20. Lebedeva N.N., Maltsev V.Yu., Pochigaev K.I., Geht A.B. Neurophysiological features of cognitive activity in patients with anxiety-depressive and hypochondriacal disorders [Neurophysiological features of cognitive activity in patients with anxiety-depressive and hypochondriacal disorders]. *Journal of Neurology and Psychiatry im. S.S. Korsakova*. 2019; 119 (3): 43–49 (in Russian).