

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В г. ЧЕЛЯБИНСКЕ

Г.Н. Бельская, О.Б. Самойлова
ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, г. Челябинск

Эпидемиологическое исследование, направленное на изучение распространенности церебрального инсульта в г. Челябинске, методом «Регистра мозгового инсульта» – выявило стабильно высокий уровень заболеваемости и смертности. Изучены не только ведущие факторы риска и их комбинации, приводящие к развитию острого нарушения мозгового кровообращения, а также ретроспективно оценены наиболее неблагоприятные сочетания факторов риска, приводящие к развитию инсульта, с учетом региональных особенностей.

Ключевые слова: церебральный инсульт, факторы риска, артериальная гипертензия, заболеваемость, регистр мозгового инсульта, эпидемиологическое исследование.

Сосудистая патология головного мозга – актуальная медико-социальная проблема. Наиболее тяжелая ее форма – инсульт. По определению ВОЗ, инсульт – это клинический синдром, представленный очаговыми неврологическими и/или общемозговыми нарушениями, развивающийся внезапно вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), сохраняющийся не менее 24 часов или заканчивающийся смертью больного в эти или более ранние сроки. Это определение объединяет различные типы инсультов: инфаркт мозга, первичный геморрагический инсульт, внутрижелудочковое кровоизлияние и большинство случаев субарахноидального кровоизлияния. В понятие инсульт не входят травматические субдуральное, эпидуральное и внутримозговое кровоизлияние, а также инфаркт мозга вследствие травмы, инфекции или опухоли.

Церебральный инсульт (ЦИ) занимает второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения (39 %) в России. Ежегодная смертность от инсульта в России – одна из наиболее высоких в мире (175 случаев на 100 тыс. населения). Смертность от инсульта среди лиц трудоспособного возраста увеличилась за последние 10 лет более чем на 30 % (41 случай на 100 тыс. населения). Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6 %, а в течение года умирают примерно 50 % больных, т.е. каждый второй заболевший.

Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации населения. По данным Национального регистра инсульта, 31 % пациентов, перенесших инсульт, требуют посторонней помощи для ухода за собой, 20 % не могут самостоятельно ходить. Лишь 8 % выживших больных могут вернуться к прежней работе. Инсульт накладывает особые обязательства на членов семьи больного, значительно снижая их трудовой потенциал [3].

Однако, несмотря на значимость проблемы, в

России до настоящего времени отсутствует достоверная статистика заболеваемости инсультом и смертности от него. С учетом важности проблемы, НАБИ в 1999–2000 гг. было организовано эпидемиологическое исследование, направленное на изучение распространенности ЦИ в России. По данным НАБИ, в 2005 г. в исследование включено 36 центров различных регионов страны.

Национальный регистр инсульта (2001–2005 гг.) показал, что смертность от инсульта в России достоверно коррелирует с заболеваемостью ($r = 0,85$; $p < 0,00001$), однако, если уровень заболеваемости инсультом между регионами страны различается максимум в 5,3 раза, то различия смертности составляют в 20,5 раз, что свидетельствует о разном качестве оказания медицинской помощи в регионах [5].

К сожалению, на сегодняшний день достоверные эпидемиологические данные по этой проблеме в Челябинской области отсутствуют, что повышает актуальность исследования, приведенного в нашей работе.

Для включения пациента в регистр необходимо, чтобы его состояние соответствовало диагностическим критериям инсульта, и он постоянно проживал в изучаемом районе. Для получения достоверных данных программа должна проводиться не менее 2–3 лет, при этом используются прямые данные (текущий мониторинг случаев инсульта) [2,3]. Именно эти принципы легли в основу проведенного нами эпидемиологического изучения.

Цель исследования. Изучить показатели заболеваемости, смертности, распространенности факторов риска и оценить способы прогнозирования исходов ЦИ методом Регистра мозгового инсульта в г. Челябинске.

Материалы и методы. Для осуществления исследования, был выбран Центральный район, являющийся крупным административно – терри-

ториальным районом города Челябинска. Случаи инсульта регистрировались у всех жителей изучаемого района старше 25 лет. Согласно методическим рекомендациям регистра мозгового инсульта, диагноз ставился на основании данных анамнеза, неврологического осмотра больного с учетом дополнительных методов исследования (ликворограмма, ЭхоЭГ, КТ, МРТ головного мозга). На каждый случай ЦИ заполнялась разработанная форма регистрации данных, и сведения о каждом случае фиксировались в компьютерной базе данных «Регистр мозгового кровообращения». Одной из задач проводимого исследования планировалось изучение и оценка возможных факторов риска, ведущих к развитию мозгового инсульта.

За период 2002–2006 гг. в Центральном районе г. Челябинска зафиксировано 1221 случаев ЦИ. Средний возраст заболевших составил 59 ± 8 лет, из них: 52 % составили женщины, 48 % – мужчины.

Результаты исследования. Стандартизированный показатель заболеваемости составил 2,93 в 2002 г., 2,66 – 2003 г., 2,88 – 2004 г., 2,82 – 2005 г., 2,86 – 2006 г. Показатели инсультов были приблизительно равны для мужчин и женщин: у мужчин: 2,99 – 2,73 – 2,71 – 2,98 – 2,90 в 2002 – 2003 – 2004 – 2005 – 2006 гг., у женщин: 2,88 – 2,61 – 3,02 – 2,69 – 2,88, соответственно. Статистически достоверного различия в частоте развития ЦИ по годам, в которые проводилось исследование, выявлено не было ($p > 0,05$).

Распределение по нозологическим формам выявило следующие закономерности. В структуре ЦИ преобладают ишемические инсульты, на втором месте по частоте находятся внутримозговые кровоизлияния, на третьем – субарахноидальные кровоизлияния.

Заболеваемость ишемическим инсультом составила 2,48 – 2,24 – 2,44 – 2,33 – 2,26 случаев на 1000 человек за период 2002 – 2006 гг., геморрагическим инсультом – 0,45 – 0,42 – 0,44 – 0,49 – 0,59 на 1000 человек, соответственно. Соотношение между числом случаев ишемического и геморрагического инсульта (ВМК + САК) в 2002 г. составило 6:1, в 2003 г. – 5:1, в 2004 г. – 6:1, в 2005 г. – 5:1, в 2006 г. – 4:1, что указывает на нарастание удельной доли геморрагических инсультов в общей структуре заболевания. По данным РФ, этот показатель составляет 4–5:1, в то время как в мире удерживается на уровне – 5,5–7:1 [1]. Этот факт является косвенным доказательством того, что в популяции увеличилось количество пациентов, имеющих высокие цифры АД, но не принимающих регулярно гипотензивные препараты. Это, несомненно, свидетельствует о недостаточном уровне первичной и вторичной профилактики, низкой приверженности пациентов к лечению.

Проведенный анализ показал, что с увеличением возраста частота развития инсульта достоверно повышается ($p < 0,05$). При этом наибольший прирост заболеваемости, по сравнению с пре-

дыдущим десятилетием, отмечен у мужчин и женщин в возрасте 45–54 года, что вполне объяснимо, ведь именно этот возраст является критическим для проявления сердечно-сосудистых заболеваний, играющих ведущую роль в развитии церебрального инсульта. Наиболее часто инсульт встречался в возрасте 55 лет и старше: 182 человек (71,3 % от всех заболевших) – в 2002 г., 158 человек (69,9 %) – в 2003 г., 173 человек (71,5 %) – в 2004 г., 183 человек (73,8 %) – в 2005 г., 171 человек (68,4 %) – в 2006 г.

При анализе распространенности ишемического и геморрагического инсульта в разных возрастных группах выявлена следующая закономерность. Критическим для развития ишемического инсульта зафиксирован возраст 45–54 лет, именно в этом возрастном периоде отмечается максимальный подъем заболеваемости в 2,83 раза в 2002 г., в 3,46 – 2003 г., в 3,81 – 2004 г., в 3,46 – 2005 г., в 3,81 – 2006 г., по сравнению с другими возрастными периодами. Аналогичные показатели выявлены и для геморрагического инсульта: в возрасте 45–54 лет заболеваемость увеличилась в 3,0 раза в 2002 г., 2,8 – в 2003 г., в 3,0 – в 2004 г., 2,67 – в 2005 г., 3,17 – в 2006 г., соответственно ($p > 0,05$). Полученные данные согласуются с результатами исследований по проблеме ЦИ [5].

Показатель смертности от мозгового инсульта составил 0,58 на 1000 населения в 2002 г., 0,55 – в 2003 г., 0,58 – в 2004 г., 0,60 – в 2005 г., 0,63 – в 2006 г. Полученные цифры оказались ниже общероссийских (0,93), но превышали аналогичные показатели в экономически развитых странах (0,37–0,47) [6]. Анализ распределения смертности по нозологическим формам показал (табл. 1), что частота смертельных исходов как от геморрагических, так и от ишемических инсультов за период в 2002–2006 гг. остается относительно неизменной ($p > 0,05$).

Из табл. 1 видно достоверно значимое увеличение показателей смертности от геморрагических инсультов ($p < 0,05$), что может косвенно подтверждать факт роста заболеваемости по данной нозологии. При этом увеличилась тяжесть течения заболевания, поэтому возрос риск летального исхода. Наши наблюдения соответствуют данным мировой и отечественной литературы [7].

Показатели смертности, с учетом возрастного критерия, выглядят следующим образом. Наибольший подъем показателей отмечается в возрастной группе 45–54 лет, по сравнению с предыдущим десятилетием: в 5,5 раз – в 2002 г., в 10 раз – в 2003 г., в 5,5 раз – в 2004 и 2005 гг., в 4 раза – в 2006 г., что вполне объяснимо, учитывая максимальный прирост заболеваемости именно в этот возрастной период. С возрастом он увеличивается, достигая максимума в группе 65–74 года, различия этой возрастной группы с группами более молодых возрастов достигают уровня статистической достоверности и превышают показатели предыду-

Таблица 1

Распределение смертности по нозологическим формам

Нозолог. форма	Годы									
	2002		2003		2004		2005		2006	
	Абс. (%)	На 1000 нас.	Абс. (%)	На 1000 нас.	Абс. (%)	На 1000 нас.	Абс. (%)	На 1000 нас.	Абс. (%)	На 1000 нас.
ИИ	26 (53,0)	0,29	25 (53,2)	0,29	22 (44,9)	0,26	23 (43,4)	0,26	24 (45,3)	0,27
ВМК	20 (39,2)	0,23	19 (40,4)	0,22	23 (46,9)	0,27	25 (47,2)	0,28	25 (47,2)	0,29
САК	4 (7,8)	0,05	3 (6,4)	0,04	4 (8,2)	0,05	5 (9,4)	0,06	4 (7,5)	0,05

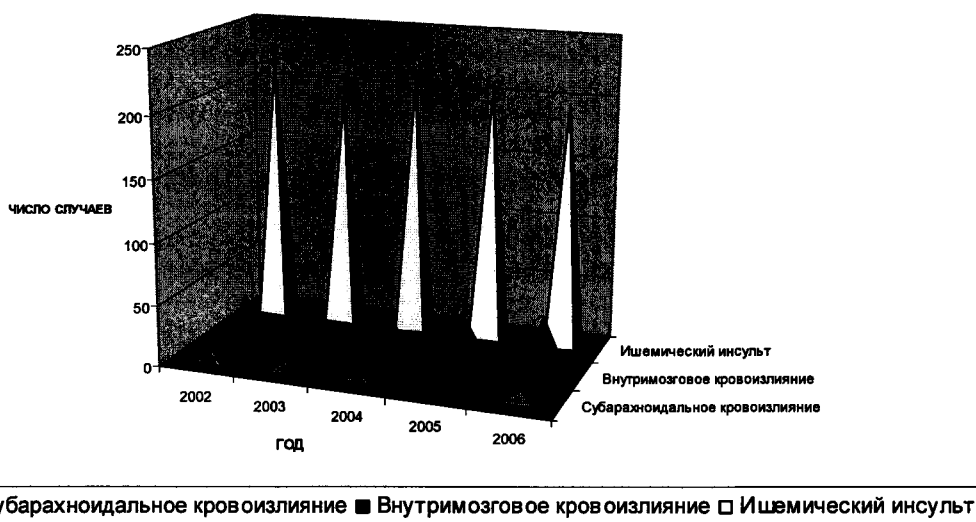


Рис. 1. Распространенность ЦИ по данным Регистра

шей возрастной группы в 1,8 раз – в 2002 г. и 2003 г., 2004 г., в 1,9 раза – в 2005 г., в 2 раза – в 2006 г.

Одной из задач нашего исследования является изучение факторов риска (ФР) развития ЦИ, потому что именно их наличие и сочетание приводит к развитию и росту заболеваемости инсульта, имеет значение в оценке клинической тяжести протекания и исхода заболевания, предопределяет тактические мероприятия при проведении профилактики.

Результаты крупных эпидемиологических исследований позволили выделить наиболее важные факторы риска поражения системы кровообращения, в первую очередь, артериальную гипертонию, дислипидемию, сахарный диабет, табакокурение и др. Одновременно было показано, что эти же факторы служат маркерами неблагоприятного течения инсульта, развития осложнений и смертельного исхода.

Анализ ФР в нашем исследовании выявил высокую частоту артериальной гипертонии (93,5 % случаев), ИБС (43,6 %), инфаркта миокарда (16,8 %), дислипидемии (41,7 %), нарушения сердечного ритма (22,9 %), сахарного диабета (15,8 %), курения (29,0 %) в анамнезе. При сравнительной ха-

рактеристике распределения факторов риска у мужчин и женщин значение некоторых факторов существенно менялось, что не касалось только АГ, которая всегда оставалась на первом месте (рис. 2). На одного больного, в среднем, выявлено 2,8 факторов риска, по данным регистра.

Нами было проанализировано влияние ФР на летальный исход заболевания, данные предоставлены в табл. 2, наибольшее значение имеет наличие у заболевшего совокупности нескольких факторов, а именно, наличие в анамнезе АГ, ИБС, инфаркта миокарда в острый период заболевания. Тем не менее, выявленные различия не достигали уровня значимых ($p > 0,05$).

Таким образом, из результатов полученных данных следует, что для проведения первичной и вторичной профилактики ЦИ первостепенное значение имеет коррекция АД, как ведущего фактора риска при развитии ОНМК.

Обсуждение результатов исследования. Сохраняется стабильно высокий уровень заболеваемости церебральным инсультом и смертности от него по городу Челябинску.

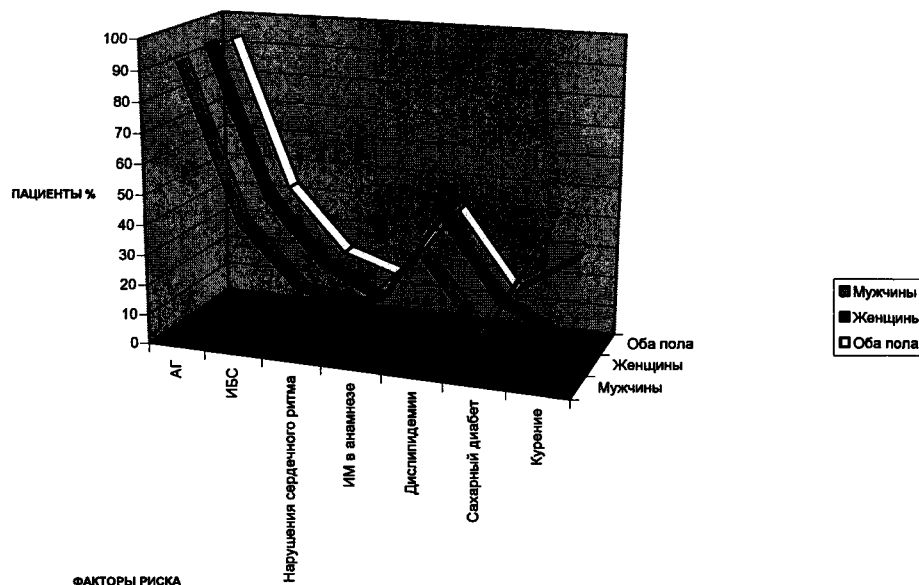


Рис. 2. Частота встречаемости факторов риска у пациентов с ЦИ по данным Регистра ($p < 0,05$)

Таблица 2
Распространенность факторов риска в группах выживших и умерших

Факторы риска	Выжившие, %	Умершие, %
АГ	93,2	100
ИБС	40,1	56,4
ИМ в анамнезе	9,4	17,7
НСП	28,3	32,4
СД	10,1	9,9
ДЛ	39,9	30,8
Курение	32,1	31,3

Тем не менее, выявленные различия не достигали уровня значимых ($p > 0,05$).

Все полученные эпидемиологические характеристики инсульта раскрывают конкретные особенности структуры заболевания, смертности, факторов риска, что необходимо для планирования и организации системы лечения ОНМК. Это позволит улучшить преемственность в работе скорой медицинской помощи, стационара и поликлиники, улучшить возможность расчета, планирования и перераспределения необходимых средств и сил на всех этапах оказания медицинской помощи больным инсультами органами здравоохранения.

Заключение. Полученные данные, по результатам нашего исследования, свидетельствуют о необходимости совершенствования не только качества оказываемой лечебной помощи, но и целесообразности проведения адекватной профилактической работе.

Литература

1. Гусев, Е.И. Нейропротективная терапия ишемического инсульта / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова // *Атмосфера*. – 2002. – № 1. – С. 3–7.

2. *Регистр инсульта: методические рекомендации по проведению исследования* / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Т.Е. Виноградова и др. – М., 2000. – С. 50.

3. *Концепция гетерогенности в рациональной терапии ишемического инсульта* / Н.В. Громадская, Н.Е. Лаздан и др. // *Русский медицинский журнал*. – 2005. – Т. 13. – № 22. – С. 1–4.

4. *Первичная профилактика инсульта* / В.И. Скворцова, И.Е. Чазова и др. – М.: Медицина, 2006. – С. 10–14.

5. *Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации* / под ред. В.И. Скворцовой. – М.: Литтерра, 2007. – С. 5–6.

6. Chalmers, J. *Challenges for the prevention of primary and secondary stroke* / J. Chalmers, N. Chapman // *Blood Pressure*. – 2005. – № 10. – P. 344–351.

7. Neyer, J. *A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee* / J. Neyer et al. // *Circulation*. – 2007. – № 115. – P. 69–171.