Эпидемиология и факторы риска инсульта в Кемерово

Коваленко А.В., Гилева О.А.

Epidemiologica and factors risk of stroke in Kemerovo

Kovalenko A.V., Gileva O.A.

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

© Коваленко А.В., Гилева О.А.

Представлены результаты впервые проведенного в Кемерово проспективно-эпидемиологического исследования по изучению заболеваемости инсультом. У 77,1% пациентов инсульт был первым, у 22,9% — повторным. Частота развития инсульта увеличивалась с возрастом. Наиболее распространенным фактором риска развития инсульта была артериальная гипертензия, которая отмечалась у 91,6% больных. Вторым по значимости фактором риска была патология сердца (61,7%). Более чем у половины пациентов (55,5%) цереброваскулярная патология имела место у их ближайших родственников. Летальность в первый месяц инсульта составила 41,1%.

The paper presents the results of the first prospective epidemiological study of stroke in Kemerovo. The stroke was primary in 77,1% patients, the second one was in 22,9% patients. The frequency of the development of stroke increased with the years. The most prevalent risk factor was arterial hypertension which was recorded in 91,6% patients. Cardiac pathology as a stroke risk factor ranked second (61,7%). Cerebrovascular disorders in close relatives were registered in 55,5% patients. One-month lethality was 41,1%.

Введение

За последние годы достигнуты большие успехи в диагностике, профилактике и лечении острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), но и в XXI в. инсульт остается одной из наиболее частых причин смертности и причиняет огромный материальный и моральный ущерб обществу. Несмотря на определенное совершенствование методов диагностики, терапии и реабилитации, последствия ОНМК остаются во всех отношениях чрезвычайно тяжелыми как в личном, социальном плане, так и в отношении пенсионного обеспечения, поэтому первоочередное внимание к мерам профилактики инсульта абсолютно необходимо [1].

Смертность от сосудистых заболеваний головного мозга в странах Запада стоит на третьем месте после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, в России удерживает вторую позицию после кардиоваскулярных заболеваний, а в структуре причин стойкой утраты трудоспособности прочно удерживает первое место, что обуславливает особую актуаль-

ность исследований, посвященных данной проблеме [3, 5, 6]. Ежегодно в России происходит более 450 тыс. инсультов. Ранняя летальность составляет 40,4% [4], а в течение года умирают примерно 50% больных, т.е. каждый второй [2]. Среди всех видов инсульта преобладают ишемические поражения мозга. По данным международных мультицентровых исследований, соотношение ишемического инсульта (ИИ) и геморрагического составляет в среднем 80—85 и 15—20% соответственно [6].

Риск возникновения ОНМК выше у лиц, у родителей которых отмечался инсульт, а также в анамнезе которых присутствует один или несколько из перечисленных ниже факторов риска: атеросклероз сосудов головного мозга, гиподинамия, ишемическая болезнь сердца, пороки сердца, фибрилляция предсердий, артериальная гипертензия, сахарный диабет, заболевания крови, ожирение, гиподинамия, злоупотребление алкоголем, курение и др. [1, 8].

Несмотря на большие достижения в современной диагностике по выявлению ведущих

факторов риска инсультов, вес этой нозологии продолжает неуклонно расти, что связано с трудностями проведения первичной медико-социальной профилактики ОНМК. При наличии высокоэффективных методов предупреждения этих заболеваний внедрение их затруднено в связи со значительными материальными затратами (продолжительный прием препаратов различных групп, дорогостоящие методы диагностики) и недостаточно хорошо поставленной санитарно-просветительской работы с населением, особенно с группами высокого риска, отсутствие программ здравоохранения, ориентированных на массовое обследование населения с целью активного выявления цереброваскулярных заболеваний.

В настоящее время в России работает Национальная ассоциация по борьбе с инсультом, в рамках которой ведется официальная статистика с использованием регистра инсульта. С помощью данной методики имеется возможность исследовать не только распространенность, заболеваемость, смертность и летальность от инсультов, их факторов риска, но разработать и уточнить направления эффективной первичной профилактики ОНМК в зависимости от факторов риска и их сочетания. Несмотря на наличие четко обозначенных тенденций в профилактике инсульта, имеющиеся региональные особенности требуют уточнения ее основных направлений.

Цель представленной работы – изучение эпидемиологии инсульта в Кемерово методом регистра, выявление ведущих факторов риска с учетом региональных особенностей.

Материал и методы

В г. Кемерово был организован регистр инсульта в районе исследования с численностью населения 149,4 тыс. человек.

В исследуемой популяции было зарегистрировано 450 случаев мозгового инсульта в течение календарного 2006 г. Среди всех обследованных 42,1% составили мужчины, 57,9% – женщины.

Обследование включало сбор демографических, анамнестических, клинических сведений о

больном, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, лечения, предшествующего развитию инсульта.

Из факторов риска (ФР) развития инсульта учитывали атеросклероз сосудов головного мозга, артериальную гипертензию, сахарный диабет, гиперхолестеринемию, заболевания сердца, предшествующие цереброваскулярные заболевания в семье (отягощенная наследственность), гиподинамию, психоэмоциональное напряжение, транзиторные ишемические атаки или инсульт в анамнезе, курение, злоупотребление алкоголем.

На основании результатов клинического обследования, патоморфологического исследования и методов нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга) все случаи инсульта подразделялись на ИИ, кровоизлияние в мозг (КМ) и субарахноидальное кровоизлияние (САК).

Для определения частоты инсульта использовали данные о возрастно-половой структуре изучаемой популяции, полученной при переписи населения в 2002 г.

Показатели заболеваемости и смертности были стандартизованы с использованием прямого метода стандартизации.

Анализ соответствия вида распределения признака (факторов риска) закону нормального распределения был проведен проверкой статистических гипотез о виде распределения с применением критерия Шапиро–Уилки.

Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты

По результатам исследований, заболеваемость инсультом в Кемерово составила 3,01 случая на 1 тыс. населения. Заболеваемость при ИИ составила 2,36 на 1 тыс. населения, при нетравматическом кровоизлиянии в мозг 0,33, при САК – 0,06, при неуточненном характере инсульта – 0,26 на 1 тыс. Показатель смертности от мозгового инсульта (МИ) составил 1,23 на 1 тыс. человек.

Летальность в остром периоде (30 сут) МИ составила 41,1%.

Структура мозгового инсульта существенно не отличается от других популяций: 86,5% — ИИ, 8% — КМ, 4% — САК. Характер инсульта не был уточнен у 1,5% больных.

Установлено, что заболеваемость ОНМК в исследуемом регионе увеличивается с возрастом (табл. 1, 2).

Таблица 1
Распределение больных с ишемическим ОНМК по полу и возрасту, %

Возраст, лет	Все больные (349 человек)	Мужчины (128 человек)	Женщины (221 человек)
До 50	9,7	17,0	5,3
50—59	21,4	32,2	14,7
60—69	27,4	23,7	29,5
70—79	30,5	20,3	36,8
Старше 80	11,0	6,8	13,7

Таблица 2
Распределение больных с геморрагическим ОНМК по полу и возрасту, %

Возраст, лет	Все больные (60 человек)	Мужчины (32 человека)	Женщины (28 человек)
До 50	26,1	17,0	28,6
50—59	8,7	32,2	0
60—69	34,8	23,7	35,7
70—79	21,7	20,3	21,4
Старше 80	8,7	6,8	14,3

Более половины больных с МИ (59,1%) составили лица в возрасте от 60 до 79 лет. Отмечено большее число больных с ОНМК в старших возрастных группах, что, вероятно, связано с меньшей представленностью этой возрастной группы в популяции в целом.

У лиц трудоспособного возраста удельный вес МИ составил 33,7%.

У 77,1% больных ОНМК было первым, у 22,9% — повторным. Выявлено статистически значимое различие ($t = 4,73$) между мужчинами (37,28%) и женщинами (62,72%) по частоте первого инсульта. Статистически значимых различий по частоте повторного инсульта среди мужчин (42,72%) и женщин (57,28%) выявлено не было ($t = 1,48$).

Среди ФР мозгового инсульта преобладала артериальная гипертензия (АГ), которая отмечалась у 91,6% больных. Вторым по значимости ФР была патология сердца (61,7%). Более чем у половины пациентов (55,5%) цереброваскуляр-

ная патология имела место у их ближайших родственников (табл. 3).

Большая представленность ишемического варианта в структуре мозгового инсульта объясняет интерес к факторам риска развития ОНМК по ишемическому типу. Результаты анализа факторов риска развития ИИ в Кемерово представлены в табл. 4.

Таблица 3
Частота факторов риска развития инсульта у больных с ОНМК, %

Возраст, лет	Все больные (450 человек)	Мужчины (173 человека)	Женщины (277 человек)
Артериальная гипертензия	91,6 ± 1,31	34,9 ± 3,62	56,7 ± 2,98
Заболевания сердца	61,7 ± 2,29	25,3 ± 3,31	36,4 ± 2,89
Наследственная отягощенность	55,5 ± 2,34	27,2 ± 3,38	28,3 ± 2,71
Сахарный диабет	13,1 ± 1,59	4,2 ± 1,53	8,9 ± 1,71
Курение	29,6 ± 2,15	25,8 ± 3,33	3,8 ± 1,15
Злоупотребление алкоголем	7,6 ± 1,25	5,4 ± 1,72	2,2 ± 0,88
Гиперхолестеринемия	14,4 ± 1,66	5,5 ± 1,73	8,9 ± 1,71

Установлено, что ведущими ФР оказались артериальная гипертензия, обнаруженная в анамнезе и при обследовании у 89,80% пациентов, гиподинамия — у 73,37%, повышение уровня гемоглобина — у 58,97%.

У 55,52% лиц, перенесших ишемический инсульт, прослеживалась наследственная отягощенность по цереброваскулярной патологии. Распространенность гиперхолестеринемии составила 46,63%. Мерцательная аритмия зарегистрирована в 28,61% наблюдений, инфаркт миокарда в анамнезе — в 11,90%. Из других ФР наиболее значимыми являются стресс (26,91%), табакокурение (27,20%), сахарный диабет (14,73%), злоупотребление алкоголем (7,93%).

Гипотензивная терапия в период, предшествующий ОНМК по ишемическому типу, обеспечивала целевые уровни артериального давления (АД) лишь у 15,9% пациентов. Низкая эффективность гипотензивной терапии определяется в большей степени нарушением приверженности больного назначенной терапии, в основе которой лежат такие причины, как низкий уровень доверия врачу, склонность больно-

го к самолечению, ограниченные финансовые возможности большинства больных.

Таблица 4

Факторы риска ишемического инсульта в выборке, %			
Фактор риска	Все (353 человека)	Мужчины (141 человек)	Женщины (212 человек)
АГ	89,80 ± 1,61	90,78 ± 2,44	89,15 ± 2,14
Гиподинамия	73,37 ± 5,53	58,87 ± 4,14	83,02 ± 2,58
Повышение уровня гемоглобина	58,97 ± 2,62	68,75 ± 3,90	52,17 ± 3,43
Наследственная отягощенность	55,52 ± 2,64	68,09 ± 3,93	47,17 ± 3,43
Ишемическая болезнь сердца	49,29 ± 2,66	48,94 ± 4,21	49,53 ± 3,43
Гиперхолестеринемия	46,63 ± 2,66	49,09 ± 4,21	43,37 ± 3,40
Мерцательная аритмия	28,61 ± 2,41	34,04 ± 3,99	25,00 ± 2,97
Курение	27,20 ± 2,37	57,45 ± 4,16	7,08 ± 1,76
Стресс	26,91 ± 2,36	33,33 ± 3,97	22,64 ± 2,87
Сахарный диабет	14,73 ± 1,89	14,18 ± 2,94	15,09 ± 2,46
Инфаркт миокарда в анамнезе	11,90 ± 1,72	16,31 ± 3,11	8,96 ± 1,96
Злоупотребление алкоголем	7,93 ± 1,44	14,18 ± 2,94	3,77 ± 1,31

До развития инсульта, несмотря на значительную распространенность факторов риска, более половины больных (78,3%) не получали терапии, направленной на их коррекцию. Остальные пациенты (21,7%) принимали основные группы препаратов (антигипертензивные, метаболические препараты, антиагреганты), использующиеся для профилактики цереброваскулярных заболеваний.

В настоящее время достаточно четко представлены патогенетические варианты геморрагического инсульта, однако механизмы развития ОНМК по ишемическому типу активно обсуждаются в отечественной и зарубежной литературе, что обусловило интерес к изучаемому вопросу.

По результатам исследования, гетерогенность ишемического инсульта в Кемерово представлена следующим образом: атеротромботический инсульт (АТИ) — 39%, кардиоэмболический инсульт (КЭИ) — 17%, лакунарный инсульт (ЛИ) — 21%, гемодинамический инсульт (ГИ) — 22%.

Возрастная характеристика патогенетических вариантов ИИ

В большинстве случаев ГИ происходят в возрасте до 60 лет с последующей тенденцией к снижению частоты встречаемости (рисунок). КЭИ, АТИ и ЛИ имеют тенденцию к нарастанию от младшей возрастной группы к средней с последующим снижением в старших возрастных группах. У лиц младше 50 лет наиболее часто развивался ИИ по гемодинамическому типу и не встречался КЭИ. В возрастной группе 51–60 лет ГИ и АТИ представлены фактически равнозначно, а также наблюдается нарастание частоты встречаемости КЭИ и ЛИ. В возрастной группе 61–70 лет отмечается пик встречаемости КЭИ (55%), что, возможно, связано с максимальной распространенностью мерцательной аритмии в этом возрасте; ЛИ — 40%, АТИ — 32%, распространенность ГИ снижается. В возраст-

ной группе 71–80 лет АТИ, КЭИ, ЛИ представлены фактически равнозначно. У лиц старше 80 лет ГИ и ЛИ не встречались.

Обсуждение

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в Кемерово по инсульту связана с высокой распространенностью АГ (91,6% пациентов с МИ; из них регулярно контролировали АД и, принимая гипотензивные препараты, достигли целевых уровней АД лишь 15,9% пациентов, 29,7% нерегулярно измеряли АД, а 42,8% гипертоников вообще не контролировали АД) и недостаточной эффективностью гипотензивной терапии (нерегулярный прием больными лекарственных средств, в основе которого лежат такие причины, как склонность больного к самолечению, низкий уровень доверия к врачу), заболеваний сердца (61,7%), нерациональным питанием населения (по данным исследования Института терапии СО РАМН установлено, что для питания населения Сибири характерна его несбалансированность: дефицит пищевых волокон, витаминов, высокое потребление жиров с полиненасыщенными жирными кислотами [7]), климатогеографическими особенностями (главным образом продолжительным зимним периодом с низкой температурой воздуха), генетическими факторами (цереброваскулярная патология у ближайших родственников в 55,5% наблюдений).

Значимый интерес представляет группа пациентов, получавших препараты (21,7%) с целью неспецифической профилактики без учета возможных патогенетически значимых факторов риска, однако, несмотря на проводившуюся коррекцию, у них развилось ОНМК, что указывает на необходимость индивидуального подхода для подбора медикаментозных средств для профилактики инсульта. Низкую эффективность медикаментозных препаратов можно объяснить следующим: при приеме гипотензивных средств незначительное количество пациентов достигали целевых уровней АД; в качестве антиагрегантов использовались препараты, не обладающие истинными антиагрегационными свойствами (стугерон, эуфиллин, пентоксифиллин), а применяемые лекарственные формы мета-

болического действия не относятся к средствам для профилактики инсульта. Не менее значимыми факторами, объясняющими развитие инсульта у пациентов данной группы, являются низкие показатели уровня обследования и, как следствие, недооценка значимости и неадекватная коррекция имеющихся факторов риска.

Первичная профилактика инсульта, несмотря на наличие разработанных профилактических направлений ОНМК, проводится в недостаточном объеме (дефекты в работе диспансеризации – отсутствие ангионеврологических приемов на базе территориальных учреждений здравоохранения, небольшое число целевых профилактических осмотров взрослого населения г. Кемерово на базе специализированного кардионеврологического центра при активном участии терапевтов, кардиологов, неврологов поликлинических учреждений, отсутствие стратегии здорового образа жизни у населения и разработанных профилактических программ страховой медицины, систематических кардиологических и ангионеврологических общепрообразовательных программ как эффективного метода формирования отклика населения на участие в мероприятиях по профилактике АГ и инсульта).

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований в данной области, расширения круга профилактических мероприятий, углубления просветительской работы среди населения для получения ими большего объема знаний о факторах риска и их коррекции, развитии и последствиях МИ, что позволит снизить заболеваемость церебральным инсультом.

Внедрение в практику программы по вторичной профилактике и постинсультной реабилитации будет способствовать уменьшению частоты ОНМК и повышению качества жизни лиц, перенесших сосудистые катастрофы.

Литература

1. *Виленский Б.С.* Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. СПб., 1999. 336 с.
2. *Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я.* Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы // Журн. неврологии и психиатрии

- им. С.С. Корсакова. 2001. Прил. «Инсульт». № 1. С. 34—40.
3. Галиуллин Д.А., Исмагилов М.Ф. Медико-социальная профилактика — основной путь снижения сосудистых заболеваний головного мозга // 7-й Всерос. съезд неврологов: Казань, 2001. С. 215.
4. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. и др. Эпидемиология инсульта в России // Consilium Medicum. 2003. Спец. вып. С. 5—7.
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М.: Медицина, 2001. 328 с.
6. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. Вып. 9. С. 3—7.
7. Мамлеева Ф.Р., Кылбанова Е.С., Малютина С.К. и др. Фактическое питание и избыточная масса тела у жителей Новосибирска // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 1998. № 6. С. 21—25.
8. Скопина Е.И. Факторы риска и профилактика мозговых инсультов // Клинич. медицина. 2001. № 6. С. 14—19.