

Хутиева Лейла Султановна, старший преподаватель кафедры факультетской терапии медицинского факультета Ингушского государственного университета, т (89287290181);

Ефремов Валерий Вильямович, доктор медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Ростовского государственного медицинского университета.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРЫ РИСКА МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ (рецензирована)

Представлены результаты впервые проведенного в Республике Ингушетия эпидемиологического исследования по изучению заболеваемости инсультом. Все больные были распределены по возрастным группам согласно критериям ВОЗ. Доля ишемического инсульта преобладала в различных возрастных группах как у мужчин, так и у женщин увеличивалась с возрастом; доля внутримозгового и субарахноидального кровоизлияний была максимальной у лиц молодого возраста. Наиболее распространенным фактором риска была артериальная гипертензия.

Ключевые слова: инсульт, факторы риска, регистр инсульта.

Khutieva Leila Sultanovna, senior lecturer of the Department of Faculty Therapy of Medical Faculty of Ingush State University, tel.: (89287290181);

Efremov Valery Williamovich, Doctor of Medicine, associate professor of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Rostov State Medical University.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND STROKE RISK FACTORS IN INGUSHETIA (reviewed)

The results of the first in the Republic of Ingushetia epidemiological study on the incidence of stroke have been presented. All the patients were divided into age groups according to WHO criteria. Proportion of ischemic stroke predominated in different age groups in both men and women, increased with age; the proportion of intracerebral and subarachnoid hemorrhage was highest in young adults. The most common risk factor was hypertension.

Key words: stroke, risk factors, stroke register.

Проблема церебрального инсульта имеет большую медицинскую и социальную значимость [1, 6]. Сосудистые заболевания наносят огромный экономический ущерб обществу, являясь основной причиной экстренной госпитализации и длительной инвалидизации, занимая треть, а по данным некоторых авторов – второе место среди причин смертности взрослого населения. В России регистрируется более 450 тысяч новых случаев инсульта ежегодно, при этом заболеваемость среди трудоспособного населения постоянно растет [2, 4]. Стандартизированные показатели заболеваемости инсультом в Российской Федерации составили 3,52 случаев на 1000 населения, 3,83 – у мужчин, 3,29 – у женщин [5, 7]. Распространенность мозговых инсультов в мире более 6 миллионов человек [6, 8]. Среди зарегистрированных инсультов чаще встречаются ишемические, их доля в общей структуре заболеваемости инсультом составляет 70-85,7% [2, 3]. Уровень смертности от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в разных странах колеблется в достаточно больших пределах. Частота ишемических инсультов в популяции старше 50-55 лет увеличивается в 1,8-2 раза в каждом последующем десятилетии [2]. Средний показатель смертности от мозговых инсультов в 15 странах Европы – членах ЕС – 62,3 на 100 тыс. населения в год [10]. В Российской Федерации стандартизированные показатели смертности – 1,19 на 1000 населения, 1,13 у мужчин и 1,23 у женщин соответственно [5, 9]. Летальность в остром периоде инсульта в нашей стране достигает 35 %, а к концу первого года после перенесенного ОНМК этот показатель увеличился на 12-15% [3]. Инвалидность после инсульта составляет 3,2 на 1000 населения. В среднем около 60 % лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, становятся инвалидами, нуждающимися в посторонней помощи [4]. Изменить данную ситуацию возможно проведением активной первичной профилактики инсульта и совершенствованием системы оказания

медицинской помощи больным с уже развившимся мозговым нарушением. Ограниченное количество популяционных эпидемиологических исследований ОНМК не позволяет оценить влияние изменяющихся социально- бытовых условий на заболеваемость и исходы инсультов, а также затрудняет сопоставление показателей заболеваемости, смертности и факторов риска развития ОНМК.

В настоящее время в России работает Национальная Ассоциация по борьбе с инсультом, где ведется официальная статистика с использованием регистра инсульта. Данная методика позволяет исследовать распространенность, заболеваемость, смертность и летальность от инсультов, а также выявить основные факторы риска и их сочетание.

Республика Ингушетия (РИ) является одним из регионов, где на протяжении нескольких лет имеет место влияние неблагоприятных социально-экономических и стрессовых факторов на здоровье населения. Наличие длительно существующего психо-эмоционального стресса, депрессии, а также факторов внешней среды (климатического, экологического, метеорологического), дисбаланс в питании привели к росту сердечно-сосудистой патологии, а вместе с тем и цереброваскулярных заболеваний. Подробный клинко-эпидемиологический анализ с учетом распространенности, заболеваемости, определения факторов риска в Республике Ингушетии не проводился. Следует иметь в виду, что данные статистического анализа прошлых лет не дают удовлетворительной информации по данному заболеванию в популяции, что препятствует совершенствованию качества оказываемой медицинской помощи больным, профилактики цереброваскулярных заболеваний.

Цель представленной работы – изучение распространенности, клинических особенностей и факторов риска развития мозговых инсультов в Республике Ингушетия, проведение статистического и клинко-эпидемиологического анализа заболеваемости.

По данным статистики в республике за последние 3 года (2008-2010 гг.) отметилась тенденция к росту больных с ОНМК. В 2008 году общий показатель заболеваемости инсультом составил 2,2 на 1000 населения в год, из них 1113 случаев с диагнозом, установленным впервые в жизни. В 2009 году – 2,6 на 1000 населения в год, из них 1335 впервые выявленные. В 2010 году – 3,1 случаев на 1000 населения, из них – 1568 случаев впервые зарегистрированных. Общий показатель смертности от инсультов составил: за 2008 год - 0,96 на 1000 жителей в год, за 2009 год – 1,09 на 1000 жителей в год. Смертность от сосудистой патологии в 2010 году – 1,28 случаев на 1000 населения. Среднегодовой показатель летальности к концу первого месяца от мозговых инсультов за 2 года (2008-2009 гг.) – 32,7%. В 2010 году к первому году с момента развития инсульта летальность составила 42,4%. Из зафиксированных за три года 4016 случаев ОНМК, 3126 (77,8%) составляют ишемические инсульты (ИИ), 537 (13,4%) – внутримозговое кровоизлияние, 231 (5,7%) – субарахноидальное кровоизлияние, 122 (3,03%) – неуточненный характер инсульта. Больше половины пациентов 2117 (52,7%) были лица мужского пола, 1899 (47,3%) составляли женщины (таблица 1, 2).

Таблица 1 - Распределение больных с ишемическим инсультом в республике Ингушетия (2008-2010 гг.) по возрасту и полу, %

Возраст, лет	Все больные(3126 человек)	Мужчины(1629 человек)	Женщины(1497 человек)
До 40 лет	4,8	3,5	2,7
40-49	8,6	13,8	7,4
50-59	20,4	24,4	16,6
60-69	28,8	27,4	26,2
70-79	30,2	25,3	32,6
80 и старше	7,3	5,6	14,5

По данным исследования больных с ишемическим инсультом выявлено, что заболеваемость в популяции увеличивается с возрастом.

Таблица 2 - Распределение больных с геморрагическим инсультом в республике Ингушетия (2008-2010 гг.) по возрасту и полу, %

Возраст, лет	Все больные(768 человек)	Мужчины(409 человек)	Женщины(359 человек)
До 40 лет	2,2	1,6	0,6
40-49	24,5	16,8	20,8
50-59	12,6	28,3	34,1
60-69	30,3	26,4	22,3
70-79	24,1	21,7	20,2
80 и старше	6,3	5,2	2,0

По данным проведенного исследования количество ишемических инсультов в 4,07 раза превышает количество геморрагических. Структура инсульта представлена на рисунке 1.

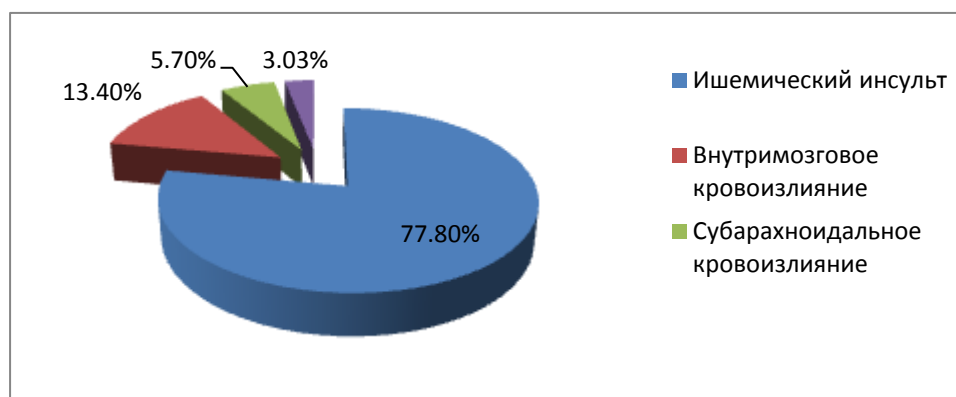


Рис. 1. Структура инсульта в республике Ингушетия (2008-2010 гг.)

Если рассматривать по возрастной частоту ОНМК, то частота ИИ выше была у мужчин в категории 60 лет. Геморрагические встречались чаще у женщин в возрасте от 50 до 59 лет. У 79% больных инсульт был первичным, у 21% – повторным. Среди основных факторов риска ОНМК ведущими являлись артериальная гипертензия, которая отмечалась у 90,7% больных. Следующим по значимости был отягощенный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям (64,5%). Более высокий показатель был выявлен в возрастной категории от 50 до 69 лет. Средний возраст составил 60 ± 2 года. Психоэмоциональное напряжение и длительная стрессовая ситуация наблюдалась у лиц женского пола в возрасте от 40 до 50 лет, у мужчин 50-60 лет и составляла 62,8%. Дислипидемия в сыворотке крови была выявлена у 34,3%. Этот показатель увеличивался с возрастом и был практически одинаков у обоих полов. Сахарный диабет с мозговым инсультом встречался у 17,4% больных. Нарушение ритма сердца выявлено у 18,2% больных, инфаркт миокарда в анамнезе – 12,1 %, курение – 11% , алкоголизм – 3,8 %. Данные обследования представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Частота основных факторов риска мозговых инсультов в республике Ингушетия (2008-2010 гг.), %

Основные факторы риска	Все больные (4016 чел.)	Мужчины (2117 чел.)	Женщины (1899 чел.)
Артериальная гипертензия	90,7	56,4	34,3
Заболевания сердца	64,5	28,7	35,8
Психоэмоциональное напряжение	62,8	30,1	32,7
Дислипидемия	34,3	18,1	16,2
Нарушение ритма	18,2	7,4	10,8
Сахарный диабет	17,4	11,3	7,1
Инфаркт миокарда	12,1	8,1	4,0
Курение	11,0	11,0	-
Алкоголизм	3,8	3,8	-

В структуре мозговых инсультов большую представленность имеет ишемический инсульт. За период декабрь 2009-ноябрь 2010 год в ингушскую республиканскую клиническую больницу (ИРКБ) было госпитализировано 116 больных с ИИ. Клиническая часть исследования была основана на 100 больных от 40 до 80 лет и старше, госпитализированных в неврологическое и реанимационное отделения с ИИ. В качестве источников информации были взяты истории болезни, журналы поступления и выписки. На каждого больного заполнялась индивидуальная регистрационная карта, составленная на основе стандартной карты регистра мозгового инсульта. Все больные были осмотрены в первые 3 дня с момента поступления, повторно по необходимости и в день выписки. В группе больных преобладали лица мужского пола (56%). Были проанализированы сроки госпитализации от момента возникновения первых симптомов заболевания, которые выявили дефекты догоспитального этапа. В течение первых 3-6 часов госпитализировали 36% больных, 6-12 часов – 28%, 12-24 часа – 21%, позже 24 часов – 16% больных. Сроки госпитализации представлены на рисунке 2.

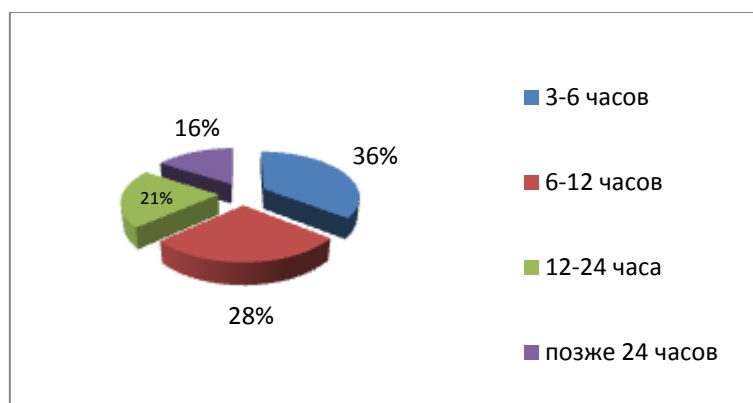


Рис. 2. Сроки госпитализации больных с ишемическим инсультом

Анализ состояния организации медицинской помощи больным с инсультом показал, что 56% больных направлены в стационар машиной скорой помощи, 38% – обратились в клинику самостоятельно или доставлены родственниками, остальные – другими каналами поступлений. По результатам исследования большинству больных (78%) был поставлен диагноз ОНМК уже после первого медицинского осмотра, гипертонический криз у 13%, преходящее нарушение мозгового кровообращения у 6%, другой диагноз – 3% больных. Все госпитализированные больные были осмотрены неврологом, терапевтом (54%), кардиологом (52%), офтальмологом (17%). Компьютерная томография была проведена 16% больных в первые сутки, в более поздние сроки – 54%. ЭКГ-исследование сделано 79% пациентам в первые сутки поступления. Среди факторов риска учитывали артериальную гипертензию, инфаркт миокарда, курение, мерцательную аритмию, другие

заболевания сердца, сахарный диабет, дислипидемию, перенесенные транзиторные ишемические атаки (ТИА), психоэмоциональное напряжение, алкоголь. В течение последних двух лет до развития инсульта принимали гипотензивную терапию 26% больных, 53% принимали лекарственные препараты непостоянно, 20% больных не выполняли назначенное лечение. Неврологический дефицит оценивался с использованием различных шкал, активность повседневной жизни – индекс Бартела. В большинстве случаев (72%) инфаркт мозга локализовался в бассейнах средней мозговой артерии (СМА), у 2% – в передней мозговой артерии, у 7% – в базилярной артерии, у 2% – в задней мозговой артерии, более одного очага установлено у 3% больных, у 14 % – очаг поражения не был указан. Основными факторами риска ИИ были артериальная гипертензия (92%), психоэмоциональное напряжение и стресс (71%), отягощенный анамнез болезней системы кровообращения был у 62%, сахарный диабет – 17%, нарушение ритма сердца – 16%, курение-8%, инфаркт миокарда – 8 %, дислипидемия – 37 %, алкоголизм – 3%. Повторное нарушение мозгового кровообращения было выявлено у 18% больных, а ТИА – 24%. Стрессовая ситуация в течение года наблюдалась в основном у больных ввозрасте от 50 до 60 лет. Учитывались и такие факторы, как нарушение в питании (прием жирной пищи и продукции с высоким содержанием углеводов, избыточное потребление соленой и острой пищи). Дисбаланс выражался в снижении потребления пищи наиболее значимых продуктов с точки зрения рационального питания: мяса, рыбы, фруктов, овощей, которые являются источниками незаменимых аминокислот, витаминов и микроэлементов. При проведении мониторинга были выявлены такие нарушения как: не соблюдение кратности и интервалов между приемами пищи. По энергетической ценности наибольшая нагрузка приходилась на вечернее время, что связано с национальными традициями. Действие этих факторов, психоэмоциональное напряжение и депрессия может иметь отношение к увеличению числа больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в популяции. У большинства пациентов в анамнезе данные факторы присутствовали.

Из вышеуказанного следует, что артериальная гипертензия и длительно существующее психоэмоциональное напряжение, болезни системы кровообращения в анамнезе являются ведущими факторами риска и чаще всего сочетаемые у больных с ишемическим инсультом (табл. 4).

Таблица 4 - Факторы риска ишемического инсульта в республике Ингушетия (2009-2010 гг.), %

Факторы риска	Все больные (100 чел.)	Мужчины (56 чел.)	Женщины (44 чел.)
Артериальная гипертензия	92	52	40
Психоэмоциональное напряжение и стресс	71	40	31
Заболевания сердца	62	32	30
Гиперхолестеринемия	37	20	17
Нарушение ритма сердца	16	9	7
Сахарный диабет	17	7	10
Инфаркт миокарда в анамнезе	8	6	2
Курение	8	8	-
Алкоголизм	3	3	-

При анализе роли факторов риска в различных возрастных группах была выявлена тенденция к их нарастанию в сочетании с увеличением возраста.

У большинства больных инсультом в первые 3 дня с момента развития инсульта сознание не было нарушено у 71%. У больных с измененным сознанием: оглушение выявлено у 67%, сопорозное состояние – 19,6% , кома – 13% больных. При осмотре больных с инсультом в первые 3 суток двигательные нарушения наблюдались у 97% больных, из них гемиплегия наблюдалась у 27%, гемипарез выраженный – 21%, гемипарез умеренный – 38%, легкий – 14%. Нарушение речи в виде афазии было выявлено у 23%, дизартрии у 34% больных. Апраксия наблюдалась у 2% пациентов. Основной причиной летальных исходов была тяжесть состояния больного. Летальность составила 54% у больных с тяжелым клиническим течением. Подавляющее большинство умерших были старше 60 лет и имели соматическую патологию в стадии декомпенсации.

Немаловажное значение в процессе исследования уделялось восстановительному периоду постинсультных больных. В связи с отсутствием в республике реабилитационных центров, больные, перенесшие ОНМК, проходили восстановительные курсы в обычных неврологических отделениях, что сказывалось на психологическом и физическом состоянии пациентов. По результатам индекса активности в повседневной жизни (Бартел) только у 23% больных отмечалось полное восстановление функций. У 27% – достаточное, у 15% – частичное, у 27% – минимальное, у 8% – полное отсутствие восстановления двигательных и речевых функций. Анализируя данные показатели, уровень инвалидизации к концу 1 года составил 77%. Эта ситуация еще раз доказывает недостаточный уровень организации медицинской помощи больным с мозговым инсультом.

Полученные эпидемиологические данные позволят в дальнейшем адекватно оценивать медицинские, социально-экономические, демографические показатели мозгового инсульта, выявлять ведущие факторы риска, разрабатывать пути их коррекции. Принимая во внимание высокие показатели заболеваемости инсультом в исследуемой популяции, необходимо более активно проводить профилактику, направленную на раннее выявление и лечение артериальной гипертензии, сахарного диабета, заболеваний сердца, включающую в себя регулярный контроль артериального давления, глюкозы, липопротеидов крови. Для уменьшения распространенности инсультов необходима совместная работа по диспансеризации больных врачами разных специальностей. Для уменьшения показателей смертности и летальности необходимо обеспечить максимально быструю госпитализацию и качественное обследование пациентов для проведения интенсивного лечения.

Полученные результаты необходимы для введения в республике стандартизированной программы изучения инсультов, которая позволит оценивать структуру и особенности их течения у больных, находящихся в стационаре, выявлять наиболее важные факторы смертельного исхода, а также даст возможность снизить заболеваемость, смертность и тяжелые последствия от инсульта. Более широкое внедрение программы Регистра инсульта позволит выявить имеющиеся в республике трудности в оказании медицинской помощи больным, определить тактику профилактики первичных и повторных инсультов, улучшить качество реабилитации.

Литература:

1. Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты профилактики нарушений мозгового кровообращения // Атмосфера. Нервные болезни. 2005. №2. С. 4-10.
2. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы // Журнал неврологии и психиатрии. Прил.: Инсульт. 2001. №1. С. 34-40.
3. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России // Там же. 2003. №9. С. 3-5.
4. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Журнал неврологии и психиатрии. Прил.: Инсульт. 2003. Вып. 8. С. 4-9.
5. Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Айриян Н.Ю. Эпидемиология инсульта в Российской Федерации // Consilium medicum: журнал доказательной медицины для практикующих врачей. 2005. Т. 7, №1. С. 10-12.
6. Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации // Журн. неврологии и психиатрии. Прил.: Инсульт. Спецвып.: материалы 2-го Рос. междунар. конгр. «Цереброваскулярная патология и инсульт». 2007. С. 25-29.
7. Стаховская Л.В., Клочихина О.А. Материалы Российской научно-практической конференции «Нарушение мозгового кровообращения: диагностика, профилактика, лечение».- 2010 г. - С. 8.
8. Суслина З.А., Варакин А.Ю., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики. М.: МЕДпресс-информ, 2006. С. 254.
9. Суслина З.А., Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты изучения инсульта. Время подводить итоги // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2007. Т. 1, №2. С. 22-28.
10. The World Health Report 2003: shaping the future. Geneva: World Health Organization, 2003.

References:

1. Varakin Y.Y. Epidemiological aspects of the prevention of ischemia / / Atmosphere. Nervous Diseases. M., 2005. № 2. P. 4 -10.

2. Vereshchagin N.V., Varakin Y.Y. *Stroke Registry in Russia: results and methodological aspects of the problem* // *Journal of Neurology and Psychiatry named after Korsakov, the application Stroke*. 2001. Vol. 1. P. 34-40.
3. Gusev E.I. *The problem of stroke in Russia* // *Journal of Neurology and Psychiatry named after Korsakov, the application Stroke*. 2003. № 9. P.3-5.
4. Gusev E.I., Skvortsova V.I., Stakhovskaya L.V. *Epidemiology of stroke in Russia* // *Neurology Journal. App.: Stroke*. 2003. № 5. P.5-7.
5. Skvortsova V.I., Stakhovskaya L.V., Hayriyan N.Y. *Epidemiology of stroke in the Russian Federation* // *Consiliummedicum*. 2005. V. 07, № 1. P.10 - 12.
6. Skvortsova V.I. *Reduction of morbidity, mortality and disability from stroke in the Russian Federation* / *Journal of Neurology and Psychiatry. Appendix : Stroke. Proceedings of the II Russian International Congress 'Cerebrovascular pathology and stroke'*. 2007. p. 3 - 5.
7. Stakhovskaya L.V., Klochikhina O. A. *Proceedings of the Russian scientific-practical conference "Violation of cerebral circulation: diagnosis, prevention and treatment."* 2010. P.8.
8. Suslina Z.A., Varakin A. Y., Vereshchagin N.V. *Vascular diseases of the brain. Epidemiology. Principles of prevention*. M: MEDpress-inform, 2006. P.254.
9. Suslina Z.A., Varakin Y.Y. *Epidemiological aspects of studying stroke. Time to take stock* // *Annals of Clinical and Experimental Neurology*. 2007. Vol. 1, № 2. , P.22 - 28.
10. *The World Health Report 2003: shaping the future*. Geneva: World Health Organization, 2003.