

М.Ф. Исмагилов

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ И
СМЕРТНОСТЬ ОТ НЕГО В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Казанский государственный медицинский университет

Реферат. Проанализированы основные эпидемиологические показатели цереброваскулярных заболеваний в Республике Татарстан. Показана тенденция к росту показателей заболеваемости мозговым инсультом, инвалидизации и смертности при нем. Обсуждены основные медицинские причины, влияющие на отрицательную динамику этих показателей в Республике Татарстан и России в целом. Практическое решение этой медико-социальной проблемы возможно лишь под руководством республиканской службы по борьбе с мозговым инсультом, которую непременно следует создать в Республике Татарстан.

М.Ф.Исмәгыйләв

ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА БАШ МИЕНӘ КАН
САВУ АВЫРУЫ ҺӘМ ШУЛ АВЫРУДАН ҮЛҮЧЕЛӘР

Татарстан Республикасында цереброваскуляр авыруларының төп эпидемиологик күрсәткечләре анализланган. Баш миенә кан саву белән авыручы һәм, шул сәбәпкә, инвалид булучылар һәм үлчеләр саны арта баруы тенденциясе күрсәтелгән. Татарстан Республикасында һәм Россия күләмендә бу күрсәткечләрнең тискәре динамикасына тәэсир итүче төп медицина сәбәпләре бәян ителгән. Баш миенә кан савуга каршы көрәш буенча республика службасы житәкчелегендә әлеге медик-социаль проблеманы гамәли хәл итәргә мөмкин. Бу служба Татарстан Республикасында кичектергесез оештырылырга тиеш.

M.F. Ismagilov

CEREBRAL INSULT INCIDENCE AND DEATH
RATES IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN

Basic epidemiologic indices of cerebrovascular diseases in the Republic of Tatarstan have been analyzed. There has been shown a tendency for increasing the cerebral insult indices of disease, invalidization and death. The main medical causes, influencing negatively on the dynamics of these indices in the Republic of Tatarstan and in Russia as a whole, have been discussed. A practical decision of this medical and social problem can be possible only under the guidance of the republican service for fighting a cerebral insult, which should be certainly formed in the Republic of Tatarstan.

По данным ВОЗ [2], к 1995 г. показатель смертности (на 100 тыс. населения) от мозгового инсульта (МИ) в возрастной группе от 25 до 74 лет был самым высоким в трех странах из

31 государства в Европе (рис. 1) — в Португалии (219,0), Болгарии (232,3) и России (245,0). Новое тысячелетие Россия встретила рекордной цифрой сверхсмертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В настоящее время в нашей стране от МИ погибает больше людей, чем в любой экономически развитой стране мира. В этом контексте Республика Татарстан (РТ) не является исключением.

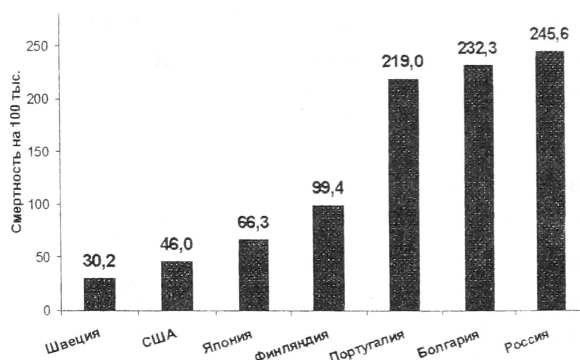


Рис. 1. Смертность от МИ в различных странах мира (1995 г.).

Изучены эпидемиологические показатели цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) за последние три года (1999—2001 гг.) среди жителей РТ в возрасте 18 лет и старше при численности взрослого населения республики около трех миллионов (2 977 987 чел.). В работе использовались данные годовых отчетов неврологических служб лечебно-профилактических учреждений РТ по специально разработанной форме.

Заболеваемость ЦВЗ на 100 тысяч населения в РТ на 5-6% выше, чем в общероссийской популяции (в 1999 г. соответственно 417,0 и 393,0). Как видно из рис. 2, общая заболеваемость МИ в РТ за последние три года (312, 347 и 308) держится суммарно в пределах общероссийских (336 за 2001 г.). В то же время в РТ смертность от него в эти годы (220, 226 и 237) остается на 23—25% ниже общероссийской (285,9 в 1999 г.), имея тенденцию к росту.

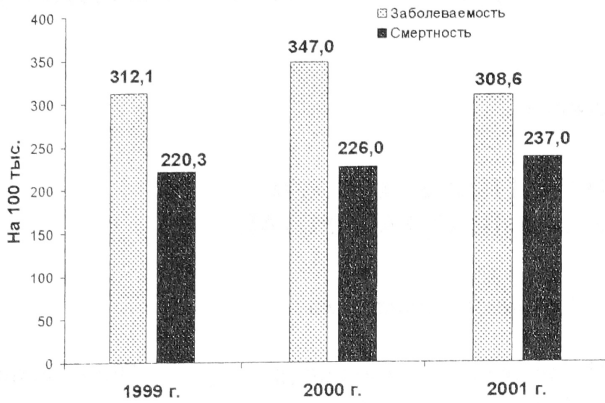


Рис. 2. Заболеваемость МИ и смертность от него среди взрослого населения Республики Татарстан.

летальности и смертности от ЦВЗ явилось причиной существенного повышения показателя инвалидизации больных в РТ, перенесших МИ. В течение последних пяти лет он держится на уровне 5,0 на 10 тысяч населения при усредненном показателе 3,2 в России [3].

Высока заболеваемость МИ среди городских жителей РТ. За годы последнего пятилетия МИ развивался на 26,0—49,0% чаще в казанской популяции (614 на 100000), чем в общероссийской (405 на 100 тысяч), причем более чем в 2 раза чаще, чем острая ишемия миокарда (рис. 4).

В РТ МИ чаще (на 14-15%) поражает мужчин, чем женщин. С увеличением возраста отмечается прогрессивное нарастание частоты МИ. В возрастной шкале обоих полов пик наибольшей частоты МИ (44,6%) приходится на возраст от 60 до 69 лет (рис. 5). Соотношение первичного МИ ко вторичному составляет 3,5:0,5 без существенной разницы в половой принадлежности.

Специальное изучение в репрезентативной случайной выборке казанской популяции

В РТ существенно невысоки по сравнению со среднероссийскими показатели стационарной летальности при МИ, которые в последние годы имеют явную тенденцию к снижению (рис. 3). Как видно из рис. 3, стационарная летальность в 2001 г. составила 20,5%, тогда как общероссийский показатель достигал 40,0% и выше. По всей вероятности, снижение

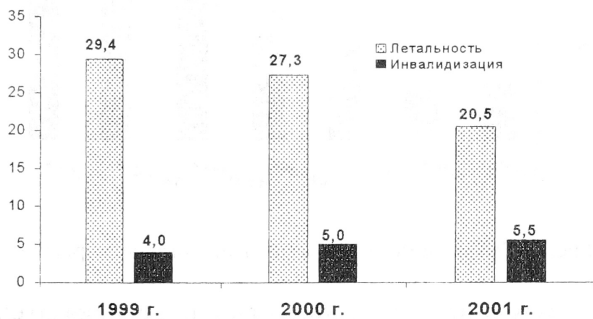


Рис. 3. Стационарная летальность (в %) и инвалидизация (на 10 тысяч населения) среди больных МИ в Республике Татарстан.

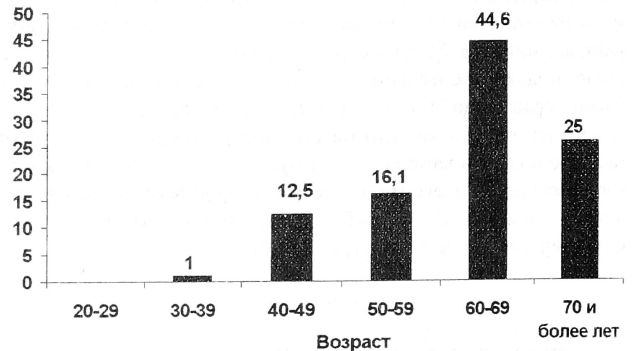


Рис. 5. Заболеваемость МИ в различных возрастных группах.



Рис. 4. Частота МИ и острой ишемии миокарда в казанской популяции.

позволило провести анализ факторов риска развития МИ у 550 больных. Основными факторами, провоцирующими развитие МИ, являлись артериальная гипертензия (АГ) — 83%, сочетание АГ с атеросклерозом — 53%, причем у лиц до 50 лет преобладали АГ (42%) и болезни сердца (4%), а старше 55 лет — АГ в сочетании с атеросклерозом (72%).

Таким образом, темпы роста ЦВЗ в целом и МИ в РТ не только не снижаются, но, напротив, имеют явную тенденцию к росту. По некоторым параметрам они даже превышают общероссийские показатели.

Согласно результатам проведенного исследования отрицательная динамика многих показателей ЦВЗ, особенно МИ, обусловлена не только социально-экономическими, но и медицинскими причинами.

1. Процент госпитализации от общего числа заболевших ОНМК даже в крупных городах РТ до последних лет оставался низким (до 20%), хотя в последние два года эта ситуация стала изменяться к лучшему. Например, в Казани за 2001-2002 гг. процент госпитализации больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по линии скорой медицинской помощи (СМП) увеличился до 62-63 [1].

2. На практике в большинстве случаев не удается экстренно госпитализировать больных с МИ в пределах «терапевтического окна» [1]. Около 60—75% больных с ОНМК доставляют в стационары несвоевременно. У каждого третьего больного выявляется расхождение с направительным диагнозом. Ранняя нейровизуализация даже в городской местности крайне низка (2—7%), а в сельской местности полностью недоступна.

3. Эффективность лечения больных с МИ в сосудистых отделениях не превышает таковую в общих неврологических отделениях. Это объясняется слабостью материальной базы для проведения экстренной интенсивной терапии: так называемые палаты интенсивной терапии недостаточно оснащены необходимой диагностической и лечебной аппаратурой, некомплектованы штатами реаниматологов, неудовлетворительно обеспечены необходимыми лекарственными препаратами. В республике до сих пор не получила своего развития сосудистая нейрохирургия.

4. От 42 до 60% и более больных ОНМК бригада СМП оставляет на дому с оформлением так называемого активного вызова врача поликлиники по месту жительства больного. Выборочный анализ показал, что большинство лиц, оставленных на дому с расплывчатым диагнозом ОНМК, по существу, лишается как неотложной, так и дифференцированной помощи. В 70—90% наблюдений участковый терапевт обслуживает тяжелого или агонирующего больного с церебральной патологией, как правило, во второй половине первых или в начале вторых суток после церебральной катастрофы, и поэтому смертность оставленных дома больных с ОНМК достигает 45—63% в первые 2—3 суток [1].

Следовательно, реальность такова, что экстренная и дифференцированная помощь значительному числу больных с МИ своевременно не обеспечивается и осуществляется недостаточно, вследствие этого эффективность ее сводится к минимуму. Это, вероятно, и является одной из основных причин увеличения показателей смертности и инвалидизации больных, перенесших МИ. Если принять во внимание то, что основные принципы организации, кадровые и материальные возможности медицинских и лечебно-профилактических учреждений всех регионов нашей страны практически одинаковы, то приведенная оценка некоторых параметров этой службы характерна, по всей вероятности, не только для нашего региона. Именно эти условия поддерживают нарастающую тенденцию отрицательной динамики основных показателей здоровья населения России в целом. Даже при своевременно начатом лечении и адекватной терапии успехи ее при МИ остаются более чем скромными из-за низкой способности нервной ткани к восстановлению. Существует другой, более эффективный путь борьбы с ЦВЗ — это профилактика.

Устойчивому снижению заболеваемости МИ и снижению смертности населения в экономически развитых странах мира в течение последних 20—30 лет способствовала проводимая в них государственная политика [4], направленная на активное выявление и лечение АГ, хирургическую санацию экстракраниальных отделов магистральных артерий головы, улучшение диагностики и лечения инсульта, повышение

образовательного уровня населения и, наконец, изменение образа жизни и характера питания населения. Следовательно, будущее в борьбе с МИ — за их первичной и вторичной профилактикой, финансируемой государством. В настоящее время разработаны научные основы профилактики МИ и ИМ, имеется большой практический опыт осуществления этой работы, доказаны ее реальная выполнимость и высокая эффективность. В целях радикального решения данной злободневной проблемы следует обсудить и принять целевую комплексную программу борьбы с МИ и инфарктом миокарда. Организационные вопросы и их реализация должны быть возложены на республиканское отделение Российской национальной ассоциации борьбы с инсультом

(НАБИ), которое непременно следует создать во всех регионах Российской Федерации и РТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Исмагилов М.Ф.* Состояние неотложной помощи больным острым нарушением мозгового кровообращения. // Неврол. вестн. — 2001. — Вып. 1—2. — С. 59—63.
2. *Шевченко О.П., Яхно Н.Н., Праскурничий Е.А., Парфенов В.А.* Артериальная гипертония и церебральный инсульт. — М., 2001.
3. *Яхно Н.Н., Валенкова В.А.* О состоянии медицинской помощи больным с нарушением мозгового кровообращения. // Неврол. журн. — 1999. — № 4. — С. 44—45.
4. *Chalmers I., Mac Mahon S., Anderson C. et al.* Clinicians's Manual on blood pressure and stroke prevention. Second ed. — London, 2000.

Поступила 10.10.03.