

УДК 616.831—005.1—036.2(470.51)

А.А.Малкова, О.Н.Кулина, Т.Р.Пахомова, Е.Г.Шутов, М.И.Коневская

К ИЗУЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА В ИЖЕВСКЕ

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав. — проф. А.С.ОСЕТРОВ)
Ижевской государственной медицинской академии

Р е ф е р а т. Методом регистра изучалась эпидемиология мозгового инсульта в Ижевске. Частота первичных мозговых инсультов составила 2,6 на 1 000 населения, данный показатель близок к показателям других районов России. Преобладают ишемические инсульты (соотношение с геморрагическими 4:1); смертность от мозговых инсультов в остром периоде — 33,2%, что в 2 раза превышает данные Запада и США. Полученные результаты следует учитывать при планировании и организации системы лечения и профилактики острых нарушений мозгового кровообращения.

А.А.Малкова, О.Н.Кулина, Т.Р.Пахомова и б.

ИЖЕВСК ШӘНӘРЕНДӘ БАШ МИЕ ИНСУЛЬТЫ
ТАРАЛУНЫ ӨЙРӘНҮ

Теркәу ысулы белән Ижевскида баш мије инсульты кизүе (эпидемиологиясе) өйрәнелде. Беренчел баш мије инсультының ешлыгы 1000 кешегә 2,6 туры килә. Бу күрсәткеч Рәсәйнең башка районнарындагы күрсәткечләргә якын. Ишемия инсульты өстенлек алып тора (баш миенә кан йогерү белән чагыштырганда 4:1); чиркәп кискен чорында баш мије инсультынан үлү очрагы 33,2 процент. Көнбатыш һәм АКШ белән чагыштырганда 2 тапкыр артыграк. Тикшерү барышында алынган нәтижеләрне баш миенә кан айланышына кискен бозлуын булдырмауга юнәлдерелгән дөвәләу системасын өстәлгәндә һәм планлаштырганда истә тотарга кирәк.

A.A.Malkova, O.N.Kulina, T.R.Pakhomova et al.

ON THE QUESTION OF THE INCIDENCE
OF CEREBRAL INSULTS IN IZHEVSK

Epidemiology of cerebral insults in Izhevsk was studied by register-method. Incidence of initial cerebral insults amounted to 2,6 for 1000 of population, this finding being close to the findings of other regions of Russia. Ischemic insults dominate (they relate to hemorrhagic insults as 4:1); mortality for cerebral insults in acute stage amounts to 30,2%, that is twice as much that for findings of the west and USA. The obtained results should be taken into account when planning and organizing systems of treatment and prophylaxis of acute disorders of cerebral circulation.

Эпидемиология мозгового инсульта (МИ) в последнее время привлекает все большее внимание не только ученых, но и организаторов здравоохранения. Существуют различные методы эпидемиологических исследований МИ, дающие точную и сравнимую информацию. Наиболее крупные разработки эпидемиологических характеристик МИ проводятся в рамках программы МОНИКА (мониторинг тенденций и детерминант сердечно-сосудистых заболеваний). На протяжении нескольких лет в стране регистрируются все случаи МИ и анализируются факторы риска

(ФР) их возникновения. Программа позволяет оценить тенденции в изменениях заболеваемости МИ и смертности от этого заболевания (в 41 центре мира идет изучение эпидемиологии МИ по этому проекту), а также сопоставить полученные результаты, так как используются унифицированные критерии диагностики, единые карты и протоколы обследования [6].

II тип эпидемиологического исследования — проспективное наблюдение также позволяет определить достоверные эпидемиологические характеристики МИ в наблюдаемой популяции. Под наблюдение берут небольшую группу населения без кардиоваскулярной патологии и в течение ряда лет в этой популяции регистрируются все новые случаи МИ, а также факторы риска, способствующие их возникновению. Наиболее представительным исследованием, выполненным по такому типу, является фремингемское, в рамках которого эпидемиологическое наблюдение осуществлялось в течение 30 лет [24].

III тип эпидемиологического изучения — регистр МИ; он обеспечивает точную информацию о частоте, структуре, исходах, последствиях инсульта в популяции, а также о ФР. Программа "Регистр МИ" — одномоментное исследование, предполагающее использование стандартных методик и унифицированных протоколов обследования [7]. Начиная с 1971 г. в странах Западной Европы, США и Юго-Восточной Азии выполнено 20 регистров МИ, с учетом результатов которых удалось разработать действенные способы профилактики и реабилитации, а также увеличить продолжительность жизни населения [6,8,9,10,11,12,13,16,19,20]. К сожалению, в нашей стране работы подобного рода единичны [1,4,5,7]. В связи с актуальностью проблемы МИ необходимы дальнейшие исследования по программе "Регистр МИ" в регионах России, причем с учетом их географических и экологических особенностей. В полной мере это относится и к Ижевску — столице Удмуртской Республики.

Целью данной работы явилось изучение эпидемиологических характеристик МИ в Ижевске методом регистра за 1994 г. В течение этого срока в Первомайском районе Ижевска регистрировались все новые случаи МИ. Согласно общепринятому положению "Регистра МИ" диагноз острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) ставится на основе данных анамнеза, неврологическо-

го осмотра больного врачом, работающим по регистру, и параклинических исследований в течение 21 дня с начала заболевания. Источниками информации о случившемся МИ или подозрении на него, а также случаях смерти от МИ в исследуемой популяции служили журналы регистрации вызовов на станции "Скорой медицинской помощи", регистрации вызовов участковых терапевтов в поликлиниках, регистрации в стационарах поступивших и выписавшихся пациентов. Осматривались также больные с диагнозами кома и синкопальное состояние. Информация о новых случаях МИ контролировалась проверкой журналов госпитализации в 8 неврологических отделениях города. Для подтверждения случаев летальных исходов вследствие МИ проводился контроль соответствующих записей в городском бюро ЗАГСа и врачебных заключений о смерти в статистическом Управлении горисполкома. Учитывая рекомендации ВОЗ, инсульт определяли как быстро развивающиеся клинические признаки фокального или общего нарушения церебральной функции, длящиеся более 24 ч или ведущие к смерти без какой либо другой причины, кроме причины сосудистого происхождения. Диагностическая формулировка *общее нарушение церебральной функции* относилась только к субарахноидальному кровоизлиянию (СК). Также согласно рекомендациям ВОЗ мозговой инсульт, развившийся в течение 21 дня с момента начала заболевания, рассматривали как продолжающееся нарушение мозгового кровообращения, а МИ, возникший по истечении 21 дня после предыдущего, рассматривался как повторное ОНМК.

Помимо статистически эпидемиологического наблюдения в работе применялись следующие методы исследования: клинико-неврологический анализ, параклиническое исследование — электрокардиография, фонокардиография, электроэнцефалография, компьютерная томография головного мозга, а также лабораторные методы исследования (полный анализ крови и мочи, определение гематокрита и уровня фибриногена в плазме крови).

В задачи исследования входило не только изучение эпидемиологических характеристик МИ, но и оценка ФР его возникновения. Так, в соответствии с современной концепцией ФР развития острого нарушения мозгового кровообращения, наиболее значимыми ФР является артериальная гипертония, нарушение сердечной деятельности (аритмия, ишемия миокарда, гипертрофия желудочков, патология клапанов). Значимыми ФР считаются также сахарный диабет (СД), высокий уровень фибриногена в крови, преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК). Такие неблагоприятные факторы, как курение, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, генетическая предрасположенность, недостаточная физическая активность, гиперлипиде-

мия, изменения гематокрита хотя и не входят в ранг достоверно доказанных, изолированно действующих ФР, однако в возникновении МИ отчетливо прослеживается их сочетанное действие [2].

Исследование эпидемиологических характеристик МИ методом регистра проводилось нами в Первомайском районе (120 тыс. жителей — по данным последней Всесоюзной переписи населения, с индексацией) Ижевска с 1 января по 31 декабря 1994 г.

В течение года (с 01.01.1994 г. по 31.12.1994 г.) среди постоянных жителей Первомайского района Ижевска зарегистрировано по 310 новых случаев МИ (132 — у мужчин, 178 — у женщин). Частота случаев первого МИ составила 2,6 на 1 000 населения. Всего зарегистрировано: церебральных инфарктов 214 (69%); внутримозговых гематом (ВГ) 59 (19%); субарахноидальных кровоизлияний 10 (3,2%); инсульты неустановленного характера имелись в 27 (8,7%) случаях. Из 310 пациентов с первым МИ очаги деструкции супратенториальной локализации отмечены в 240 (77,4%) наблюдениях, а субтенториальной — в 35 (11,3%); у 27 (8,7%) пациентов локализация МИ установить не удалось.

Смертность от МИ (всех типов) в течение первых 28 дней после свершившегося инсульта составила 0,86 на 1 000 населения. Летальность в остром периоде МИ (также всех типов) не превышала 33,2% случаев. При этом показатель летальности при ВГ составил 71,1%, что значительно выше, чем при ИИ (16,3%). Наибольший показатель летальности оказался при инсульте неустановленного характера — 92,3%. В остром периоде МИ госпитализировано 149 пациентов, что составило 48% от общего числа заболевших. Первая экстренная медицинская помощь была оказана врачами бригады скорой помощи в 189 (60,1%) случаях МИ, участковыми терапевтами — в 64 (20,6%), другими врачами — в 57 (18,4%).

Установлено, что лица, перенесшие МИ, чаще всего страдали гипертонической болезнью — 235 (75,8%) случаев, имели патологию сердца — 111 (35,8%) — в частности диагностирована мерцательная аритмия у 68 (21,9%) больных. Сахарный диабет имелся у 46 (14,8%) пациентов, атеросклероз нижних конечностей — у 6 (1,9%), ПНМК — у 23 (7,4%) больных.

Таким образом, по результатам проведенных за год эпидемиологических исследований частота случаев первых МИ в Первомайском районе Ижевска составила 2,6 на 1 000 населения. Если допустить, что этот показатель можно экстраполировать на большие группы населения, то можно считать, что заболеваемость МИ в Ижевске составляет 2,6 на 1 000 населения. Такой показатель близок к показателям других регионов России — Москвы, Новосибирска [5,7], а также западноевропейским [9,10,11,13,16,18,20,24]. С другой стороны,

представляется небезынтересным отметить, что подобный показатель в Юго Восточном регионе (Япония, Тайвань) даже выше, чем в нашем исследовании.

В структуре МИ в Ижевске отмечено преобладание ИИ (соотношение ИИ и ВГ как 4:1). Данные исследований, проведенных в России, Западной Европе, также указывают на преобладание ИИ, однако соотношение ИИ и ВГ здесь несколько иное — 6:1 или даже 8:1 [8,9,11,13,16]. Соотношение же ИИ и ВГ в Юго Восточном регионе колеблется от 4:1 до 3:2 [12,15,23], т.е. близкое к полученному нами показателю. Отмеченная нами корреляция свидетельствует о весьма существенном увеличении числа случаев геморрагического инсульта среди жителей Ижевска по сравнению с жителями не только Западной Европы и США, но и также регионов России (Москва, Юго Западная Сибирь). Указанное обстоятельство мы склонны объяснить, в первую очередь, следствием экологического неблагополучия в Ижевске. Кроме того, необходимо указать также, что многие обследуемые жители переселились в Ижевск ранее из сельской местности, где, по данным В.Б.Колянова (1975), частота ГИ весьма велика.

Смертность от МИ в остром периоде в Ижевске составила 33,2%, что соответствует российским данным [1,4,5,7], и почти в 2 раза превышает таковые в странах Запада и в США [9,11,13,16,18,19,21]. Данный показатель отражает демографическое неблагополучие в России.

Поскольку смертность от МИ в остром периоде в большей мере зависит от типа, локализации инсульта, а также заболеваний, имевшихся у больного к моменту развития МИ, то большое значение для исходов МИ имеет качество оказания экстренной помощи (с момента наступления инсульта до завершения острого периода). В экономически развитых странах качество системы оказания помощи является достаточно высоким, а в ее организации и планировании используются данные регистров.

В Ижевске среди наших больных первая медицинская помощь оказывалась в 60% случаев врачами "скорой помощи", а в 40% — участковыми терапевтами и врачами других специальностей, т.е. в среднем через сутки после свершения МИ. Лечение 48% больных проводилось в обычных неврологических стационарах, остальным помощь оказывалась на дому. К сожалению, приходится констатировать, что до настоящего времени специализированного ангионеврологического отделения в Ижевске нет. Кроме того, в ряде случаев выявлено невысокое качество повседневного медицинского обеспечения (нелеченая гипертоническая болезнь, заболевания сердца, сопутствующая соматическая патология), что

обуславливает большую тяжесть инсульта, преобладание геморрагических инсультов, исходы которых менее благоприятны.

Полученные нами эпидемиологические характеристики МИ в Ижевске, раскрывающие конкретные особенности структуры МИ, а также ФР, по нашему мнению, помогут при планировании и организации действенной системы лечения и профилактики острых нарушений мозгового кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленко А.И. Регистр острого нарушения мозгового кровообращения в районе нового экономического освоения Дальнего Востока: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1990.
2. Верещагин Н.В., Гулевская Т.С., Милонидов Ю.К. //Журн. невропатол. и психиатр. — 1990. — Т.90, вып.1. — С.3—8.
3. Гусев Е.И., Виленский Б.С., Скоромец А.А. и др. //Журн. неврол. и психиатр. — 1995. — Т.95, вып.1. — С.4—7.
4. Колянов В.Б. //Сов. медицина. — 1975. — № 12. — С.49—53.
5. Рябова В.С. Инсульт и его последствия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1985.
6. Смирнов В.Е. //Журн. невропатол. и психиатр. — 1991. — № 11. — С.111—116.
7. Фейгин В.А. Эпидемиология мозгового инсульта в условиях крупного города Западной Сибири по данным регистра: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1984.
8. Bogousslavsky J. //Stroke. — 1988. — Vol.19. — P.1083—1092.
9. D'Alessandro G., Giovanni M. //Stroke. — 1992. — Vol.23, № 12. — P.1712—1715.
10. Giroud M., Beuriat P. //Neuroepidemiol. — 1989. — Vol.8. — P.97—104.
11. Harmsen P., Tsipogianni A. //Stroke. — 1992. — Vol.23, № 10. — P.1410—1415.
12. Hu H.-H., Sheng W.-Y. //Ibid. — № 9. — P.1237—1241.
13. Jerntorp P., Berglund G. //Ibid. — № 3. — P.357—361.
14. Jrgensen H., Plesner A.-M. //Ibid. — № 12. — P.1701—1704.
15. Li S., Schoenberg B. //Neurology. — 1985. — Vol.35. — P.1708—1713.
16. Lindenst E., Boysen G. //Stroke. — 1992. — Vol.23, № 1. — P.28—32.
17. Matsumoto N., Whisnant J. //Ibid. — 1973. — Vol.4. — P.20—29.
18. Modan B., Wagnen D. //Ibid. — 1992. — Vol.23, № 9. — P.1230—1236.
19. Niessen L., Barendregt J. //Ibid. — 1993. — Vol.24, № 7. — P.931—939.
20. Sarti C. //Ibid. — № 6. — P.787—791.
21. Tanaka H., Tanaka Y. //Ibid. — 1982. — Vol.13. — P.574—581.
22. Tuomilehto J., Sarti C. //Am. J. Epidemiol. — 1992. — Vol.135. — P.1259—1270.
23. Ueda K., Hasuo Y. //Stroke. — 1988. — Vol.19. — P.48—52.
24. Wolf Ph., D'Agostino R. //Ibid. — 1992. — Vol.23, № 11. — P.1551—1555.

Поступила 19.03.96