

На правах рукописи

САМОЙЛОВА
Ольга Борисовна

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В Г. ЧЕЛЯБИНСКЕ**

14.00.13 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург - 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Уральская Государственная медицинская академия дополнительного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Челябинск

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Бельская Галина Николаевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Мякотных Виктор Степанович

доктор медицинских наук, профессор

Бейн Борис Николаевич

Ведущее учреждение: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е. А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита диссертации состоится «18» ноября 2009 г. в 10:00 часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.03, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава, по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с авторефератом на сайте академии: www.usma.ru.

Автореферат разослан «15» октября 2009 г.

Ученый секретарь совета,
по защите докторских диссертаций
доктор медицинских наук, профессор



Базарный В.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Проблема церебрального инсульта (ЦИ) сохраняет чрезвычайную медицинскую и социальную значимость в связи со значительной частотой его развития, высоким уровнем инвалидизации и смертности. В 2004 г. Всемирной Организацией Здравоохранения было констатировано, что инсульт является глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира (Sacco RL., Nachinski V., 2005). Трудоспособность около 30-50 % больных, перенесших инсульт, полностью не восстанавливается, а еще 20 % пациентов нуждается в постороннем уходе. Известно, что в странах Западной Европы, США, Японии, Австралии за последние 15 лет смертность от инсульта снизилась более чем на 50 % (ежегодно на 3–7 %) и составляет в настоящее время 0,4-0,6 на 1000 населения, что в 2-3 раза меньше, чем в Российской Федерации (Adams H., Albers G., 2007). В России заболеваемость церебральным инсультом неуклонно возрастает (Верещагин Н.В., 2002; Варакин Ю.Я., 2005), а смертность от него занимает второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения (39 %). При этом смертность среди лиц трудоспособного возраста увеличилась за последние 10 лет более, чем на 30 % (Суслина З.А., 2007). Высокие показатели заболеваемости инсультом и смертности от него обусловлены высокой частотой встречаемости факторов риска инсульта (Гусев Е.И., 2003; Скворцова В.И., 2007), что создает предпосылки к развитию профилактического звена медицинской помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения (Скворцова В.И., Евзельман М.А., 2002.).

Необходимым этапом для разработки системы оказания адекватной лечебно-профилактической помощи является предварительное изучение эпидемиологии заболеваний. К сожалению, анализ показателей заболеваемости и смертности от цереброваскулярных заболеваний населения

Российской Федерации заставляет критически относиться к имеющимся данным (Варакин Ю.Я., 2005), поскольку далеко не во всех регионах РФ ведутся регистры инсульта, не соблюдается принцип единообразия статистических подходов при анализе заболеваемости, смертности, оценке значимости факторов риска. Вместе с тем, именно эти данные в каждом конкретном регионе позволяют планировать и совершенствовать имеющиеся мероприятия по оказанию медицинской помощи при инсульте, а также разрабатывать действенную систему профилактики.

С целью изучения эпидемиологических данных острых нарушений мозгового кровообращения в России Национальной ассоциацией по борьбе с инсультом (НАБИ) создана и с 2001 года внедрена программа мониторинга «Регистр инсульта». Исследования, проведенные по стандартизированной программе, позволяют на достоверном эпидемиологическом материале получить точные и сопоставимые данные о частоте, структуре, исходах и последствиях острых форм цереброваскулярных заболеваний в популяции, оценить истинную ситуацию по инсульту в различных регионах и целенаправленно подойти к планированию мер и объемов профилактики с учетом местных показателей.

Во многих регионах РФ программа НАБИ успешно реализуется уже много лет, в крупных городах и регионах Восточной и Западной Сибири, Республике Башкортостан, Бурятии и др. выявлены эпидемиологические показатели инсульта с учетом региональных особенностей.

Вместе с тем, исследования эпидемиологии инсульта и значимости основных установленных факторов риска его развития методом регистра инсульта на Южном Урале – в г. Челябинске ранее не проводились, что обуславливает актуальность проведенной диссертационной работы.

Работа выполнена в соответствии с планом НИР ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава (номер государственной регистрации 012.0050.8740).

Цель исследования

Изучить клинико-эпидемиологические параметры и ведущие факторы риска развития церебрального инсульта в условиях открытой популяции у жителей крупного промышленного центра Южного Урала г. Челябинска (на примере Центрального района) и определить основные направления для улучшения первичной и вторичной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения.

Задачи исследования

1. Методом популяционного регистра изучить эпидемиологию острых нарушений мозгового кровообращения в г. Челябинске.
2. Определить основные факторы риска, ассоциированные с развитием церебрального инсульта в исследуемой популяции, проанализировав различия и сходства полученных данных с общероссийскими показателями и показателями соседних регионов.
3. Установить значимость факторов риска в развитии церебрального инсульта и исходов заболевания с учетом пола и возраста.
4. Разработать основные направления и практические рекомендации первичной и вторичной профилактики церебрального инсульта в регионе с учетом выявленных факторов риска.

Научная новизна исследования

Впервые с помощью стандартизированного метода «Регистр инсульта» получена достоверная статистическая информация об эпидемиологических показателях церебрального инсульта в исследуемой популяции г. Челябинска за 2002-2006 гг. и проведено сопоставление с другими регионами РФ.

Изучена распространенность основных факторов риска развития церебрального инсульта в зависимости от пола, возраста, при различных его исходах. Выделены основные причины возникновения повторных ишемических инсультов, показана возможность выделения корригируемых факторов на основе разработанного диагностического и лечебно-профилактического алгоритма. Проведен анализ особенностей

возникновения, течения и предупреждения острой цереброваскулярной патологии в г. Челябинске на примере его административного Центрального района. Впервые проведена сравнительная оценка эффективности профилактики церебрального инсульта в условиях крупного промышленного центра Южного Урала.

Практическая значимость

Результаты исследования дают наиболее полную информацию об эпидемиологической ситуации в отношении различных форм церебрального инсульта в г. Челябинске, что позволяет органам здравоохранения оптимизировать работу по профилактике и лечению инсульта. Впервые проанализирована частота встречаемости основных факторов риска развития церебрального инсульта на популяционном уровне, их влияние на исход заболевания. Эти данные послужили основой для формирования рекомендаций по профилактике церебрального инсульта с учетом региональных особенностей.

Положения, выносимые на защиту

1. Эпидемиологические показатели заболеваемости церебральным инсультом в исследуемой популяции г. Челябинска являются достаточно высокими, сопоставимы с показателями по РФ. Показатели заболеваемости ишемическим инсультом значительно превышают показатели заболеваемости геморрагическими формами острых нарушений мозгового кровообращения. Показатели смертности и летальности ниже общероссийских, но соответствуют данным соседних регионов.
2. Наиболее распространенными факторами риска развития церебрального инсульта в исследуемой популяции, независимо от пола, являются артериальная гипертензия, заболевания сердца, дислипидемия, нарушения сердечного ритма. Факторами риска развития повторного церебрального инсульта являются артериальная гипертензия, нарушение сердечного ритма и наличие инфаркта миокарда в анамнезе, достоверных различий среди мужчин и женщин нет. На летальный исход церебрального инсульта,

независимо от пола и возраста, влияет артериальная гипертония; в мужской популяции - курение, инфаркт миокарда в анамнезе; в женской популяции - заболевания сердца, сахарный диабет.

3. Проведение первичной профилактики ишемического инсульта должно проводиться с учетом значимости основных факторов риска (артериальной гипертонии, заболеваний сердца, наличия дислипидемии и курения) на вероятность развития ишемического инсульта дифференцированно в различных поло-возрастных группах населения с оценкой эффективности применения гипотензивной, антиагрегантной, гиполипидемической терапии у пациентов «высокого риска» развития цереброваскулярных заболеваний.

4. Вторичная профилактика ишемического инсульта, с учетом комплексного подхода, согласно патогенетическому подтипу инсульта, оперативным методом (каротидная эндартерэктомия), приводит к уменьшению случаев повторных острых нарушений мозгового кровообращения.

Внедрение результатов работы

Основные положения работы используются в педагогической, клинической, научной практике на циклах усовершенствования врачей на кафедре неврологии, мануальной и рефлексотерапии ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава (г. Челябинск), в практической и лечебно-диагностической, организационно-методической работе Управления здравоохранения Администрации г. Челябинска и Министерства здравоохранения Челябинской области, Муниципальных учреждений здравоохранения городских клинических больниц №1 (акт внедрения от 09.06.09) и №3 (акт внедрения от 10.05.09) г. Челябинска. Получено свидетельство Южно-уральской торгово-промышленной палаты об интеллектуальном продукте «Карта регистра церебрального инсульта в г. Челябинске» (№220 от 21 ноября 2008 г.).

Апробация результатов исследования

По материалам диссертации сделаны доклады на II Межрегиональной конференции неврологов Урала «Актуальные вопросы неврологии»,

посвященной 25-летию кафедры неврологии, мануальной и рефлексотерапии ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, г. Челябинск, 18.02.2005 г.; Юбилейной научно-практической конференции «Современный взгляд на проблемы восстановительного лечения», г. Воронеж, 12.05.2006 г.; Межрегиональной научно-практической конференции: «Инсульт: мультидисциплинарная проблема», г. Челябинск, 21.03.2008 г.; 8-й Республиканской конференции по неврологии для молодых специалистов «Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний нервной системы», г. Гродно (республика Беларусь), 14.05.09 г.; на заседаниях Неврологического общества Челябинской области (2005-2009 гг.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 9 печатных работ, том числе 2 статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных в Перечне ВАК.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 144 страницах машинописного текста и состоит из введения, главы обзора литературы, четырёх глав с описанием результатов собственных наблюдений, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Диссертация иллюстрирована 19 рисунками, 24 таблицами. Список литературы включает 111 отечественных и 140 зарубежных источников.

Личный вклад автора

Обследование и лечение больных проводилось лично, а также на основании личного анализа историй болезни, амбулаторных карт, свидетельств о смерти, заключений аутопсии, включая статистическую обработку данных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представленное клинико-эпидемиологическое исследование проведено методом популяционного регистра инсульта по методике НАБИ 2001-2005 гг. Для осуществления исследования нами был выбран

Центральный район г. Челябинска, поскольку, несмотря на немногочисленность населения, он является наиболее типичным районом областного центра.

Население Центрального района г. Челябинска в возрастной группе 25-74 года по данным, полученным в Челябинском областном управлении статистики за период 2002-2006 гг., составило, в среднем, $86,2 \pm 2$ тысяч человек: среди них мужчин - $38,7 \pm 0,6$, женщин - $47,4 \pm 1,2$ тысяч человек.

При оценке статистических данных и собственных клинических наблюдений за период с 01.01.2002 г. по 01.01.2007 г. зафиксировано 1221 случаев церебрального инсульта, из них: у мужчин - 585 (47,9 %), у женщин - 636 (52,1 %). Средний возраст заболевших ЦИ составил $58,4 \pm 7,3$ года, мужчин - $55,7 \pm 5,3$ года, женщин - $61,1 \pm 8,8$ года.

По данным регистра рассчитаны стандартизированные эпидемиологические показатели: заболеваемость, смертность, летальность в исследованной популяции за 5-летний период.

Критерии включения в исследование:

- субъект должен быть резидентом целевой популяции (проживание в данной местности не менее 2 лет) и относиться к возрастному диапазону 25-74 лет на момент развития острого случая церебрального инсульта;

- инсультом, в соответствии с критерием ВОЗ, считали внезапное появление очаговой или общемозговой симптоматики, которая сохраняется дольше 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени по причине цереброваскулярного происхождения (Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я., 2001). Исходя из этого определения, из исследования исключались инсульты вследствие травм, первичных и метастатических опухолей головного мозга, субдуральных гематом, а также транзиторные ишемические атаки. Характер инсульта классифицировался в соответствии с МКБ-10;

- регистрации подлежали все новые случаи заболевания, включая повторный инсульт у одного и того же больного;

- событие должно быть обнаружено и диагностировано в пределах 28 дней от начала заболевания. В случае возникновения в течение этого периода повторного ЦИ, он рассматривался как продолжение первичной атаки. Все повторные случаи инсульта, произошедшие через 28 дней, регистрировались как новые случаи инсульта;

- к «фатальным» случаям были отнесены все субъекты, умершие в течение 28 дней от начала инсульта. Все другие случаи определялись как «нефатальные»;

- случаи, которые не удовлетворяли критериям НАБИ для «определенного» инсульта, расценивали как «нет инсульта» или недостаточно данных;

- использовали все доступные источники сбора информации: стационарные истории болезни, выписные документы, журналы отказа от госпитализации, карты вызовов скорой медицинской помощи, амбулаторные карты поликлиник, протоколы ВКК, МСЭ, свидетельства о смерти, протоколы патологоанатомических исследований, данные опроса и осмотра пациента и/или интервью с родственниками, свидетелями.

Для комплексного эпидемиологического изучения был использован стандартизованный метод «Регистр инсульта» (Виноградова Т.Е., 2002). При изучении основных факторов риска инсульта использовали критерии программы «Регистр инсульта» (Регистр инсульта [электронный ресурс]: методические рекомендации по проведению исследования НАБИ, 2001), анкету по выявлению ФР инсульта Новосибирского НИИ патологии кровообращения им. академика Мешалкина Е.Н. МЗ РФ.

Для оценки эффективности проведения первичной профилактики ЦИ выделена первая группа больных в количестве 100 человек, методом случайной выборки: основная подгруппа наблюдения составила 50 человек (мужчины – 26 чел., женщины – 24 чел.), перенесших первичный ишемический инсульт. Подгруппу сравнения (n = 50) сформировали методом подбора пар соответствующего пола и возраста из числа пациентов с

факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, обследованных в то же время в терапевтических клиниках и без клинических проявлений неврологических нарушений и не имевших в анамнезе ЦИ и ТИА.

Ретроспективно способом «случай-контроль» мы оценили вероятность развития ЦИ в обеих группах исследования. При этом учитывали такие факторы риска развития ЦИ, как наличие АГ, заболеваний сердца, дислипидемии, сахарного диабета, курения. Отмечали постоянный прием гипотензивной, антиагрегантной, гиполипидемической терапии.

Для оценки эффективности вторичной профилактики ЦИ выделена вторая группа больных в количестве 107 человек, перенесших первичный ишемический инсульт. Критерием включения пациентов в исследование было наличие цереброваскулярной патологии и атеросклеротического стеноза внутренней сонной артерии, подтвержденных результатами ультразвуковой доплерографии сонных артерий, церебральной ангиографии, компьютерной томографии головного мозга.

Были выделены две подгруппы наблюдения: основная подгруппа составила 57 человек (мужчин – 35, женщин – 22), подвергнутых хирургическому лечению каротидного стеноза, и одновременно находящиеся на стандартном консервативном лечении, включающем коррекцию АД, прием антиагрегантной и гиполипидемической терапии; в подгруппу сравнения вошли 50 человек (мужчины – 29, женщины – 21) сопоставимые по полу и возрасту, которые не были подвергнуты реконструктивным операциям на внутренних сонных артериях, несмотря на наличие показаний к ним, что было связано с отказом пациентов, и получающие только консервативное лечение. Длительность катамнестического наблюдения с момента первичного обследования в рамках проводимой нами научной работы составила 1 год.

Методы статистической обработки материала

Анализ результатов исследования проведен с помощью пакета статистических программ SPSS 6.0 (Statistical Package for the Social Science).

Для расчета показателей заболеваемости и смертности соотносили число случаев заболевания/смерти в каждой возрастно-половой группе с количеством населения соответствующего возраста и пола в исследуемой популяции и выражали его в перерасчете на 1000 населения.

Вычисление стандартизированных показателей проводилось прямым методом с использованием Европейского стандарта. Соответствующие коэффициенты составили: для возрастной группы 25-34 лет – 0,14; 35-44 лет – 0,14; 45-54 лет – 0,14; 55-64 лет – 0,11; 65-74 лет – 0,07 (The Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program of the National Cancer Institute (Coggon D., Rose G., Barker D.J., 1997). Летальность - доля случаев ЦИ, закончившихся летально, относительно всех зарегистрированных в изучаемом районе случаев инсульта.

Для каждой изученной переменной определялась частота (распространенность), выраженная в процентах, вычисление средних значений, ошибок средних, стандартных отклонений. Достоверность различий между группами устанавливалась на основании параметрических (парный критерий Стьюдента), непараметрических критериев (Манна-Уитни, Уилкоксона, Крускалла-Уоллиса), критериев Фишера (односторонний вариант) и χ^2 , а также на основании однофакторного и многофакторного дисперсионных анализов и уравнения логистической регрессии. Различия признавались значимыми при $p \leq 0,05$ (Гланц С., 1998; Реброва О.Ю., 2006).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эпидемиологические показатели церебрального инсульта

Показатели заболеваемости ЦИ в популяции г. Челябинска оставались стабильно высокими за период 2002-2006 гг. – от 2,78 до 2,9, получены

гендерные различия: выявлено преобладание распространенности инсульта у мужчин ($p < 0,05$), что соответствует данным других популяционных исследований по РФ (Скворцова В.И., 2007; Суслина З.А., 2007; Пинчук Е.А., 2004;). (рис.1).

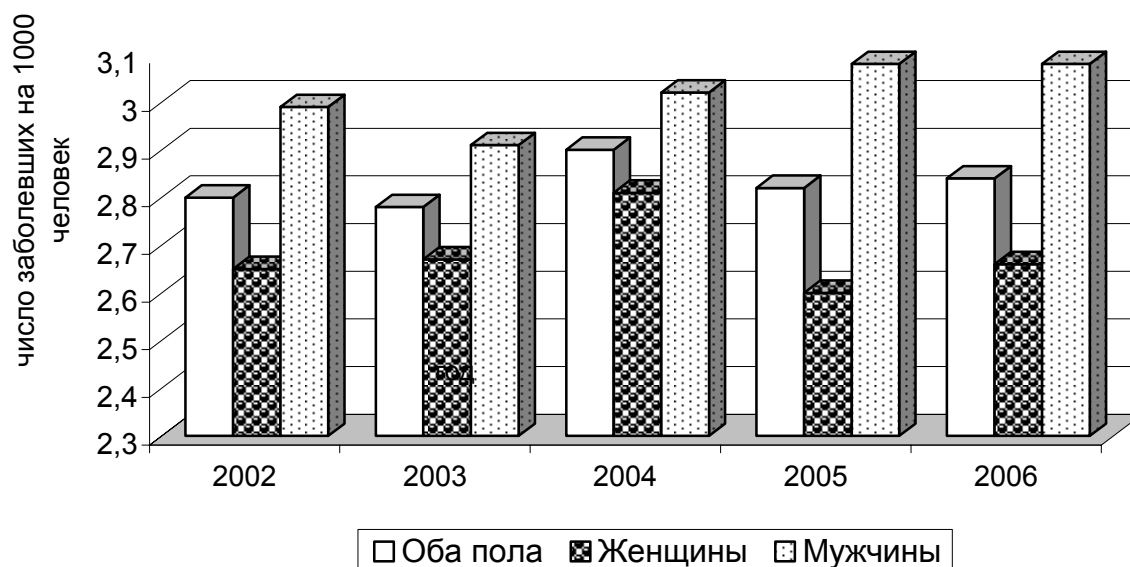


Рис. 1. Заболеваемость церебральным инсультом в г. Челябинске (стандартизированные по возрасту показатели) на 1000 населения

При анализе клинических вариантов ЦИ выявлено преобладание ишемических инсультов ($84,8 \pm 1,8\%$), что заставило нас прежде всего обратиться к вопросам профилактики именно этого клинического варианта ЦИ.

За проанализированный временной период мы отметили увеличение случаев геморрагического инсульта в структуре общей заболеваемости ЦИ. Наши показатели соответствуют данным РФ: это соотношение составляет 4 - 5:1 (Скворцова В.И., Крылов В.В., 2005). Так, отношение ишемического инсульта к геморрагическому инульту составило в 2002 г. – 5,5:1, в 2003 г. – 5,7:1, в 2004 г. – 5,6:1, в 2005 г. – 4,8:1, в 2006 г. – 4,3:1, с максимальным достоверно значимым изменением в 2006г. ($p < 0,05$). При этом, заболеваемость ишемическим инсультом за период 2002 – 2006 гг. составила

2,37 – 2,34 – 2,46 – 2,33 – 2,28 на 1000 человек, заболеваемость геморрагическим инсультом, напротив, увеличилась с максимальным значением в 2006 г.: 0,42 – 0,42 – 0,43 – 0,49 – 0,57 ($p > 0,05$), что свидетельствует о необходимости проведения адекватной профилактики ЦИ, в первую очередь, коррекции АД.

При анализе клинических подтипов геморрагического инсульта показатели заболеваемости внутримозговым кровоизлиянием в 2002-2006 гг. составили 0,34 – 0,34 – 0,35 – 0,39 – 0,49, соответственно, при этом выявлено нарастание частоты внутримозгового кровоизлияния в 2006 г. ($p > 0,05$). Показатели заболеваемости субарахноидальным кровоизлиянием были стабильными во все годы исследования (0,08 – 0,08 – 0,08 – 0,1 – 0,08, соответственно). Таким образом, рост заболеваемости геморрагическим инсультом за проанализированный временной интервал связан с увеличением числа случаев внутримозгового кровоизлияния.

Выявлено нарастание частоты ЦИ с увеличением возраста в обеих половых группах. Особо хочется подчеркнуть, что первые случаи заболевания ЦИ были зарегистрированы в возрасте 25-34 лет, что свидетельствует об омоложении инсульта. Мы проанализировали эти показатели в популяционных исследованиях в других регионах и отметили аналогичные тенденции (Николаева Т.Н., 2006; Качемаева О.В., 2007; Яшникова М.В., 2008). Это подчеркивает актуальность программы первичной профилактики ЦИ уже среди лиц молодого возраста.

При анализе вероятности возникновения различных клинических вариантов инсульта по полу и возрасту выявлено преобладание ишемического инсульта у мужчин в возрастных группах 45-54, 55-64 лет, с достоверным возрастанием его частоты в возрасте 65-74 лет ($p < 0,05$).

Геморрагический инсульт чаще встречался у мужчин во всех возрастных группах ($p < 0,05$). При этом выявлено преобладание геморрагического инсульта у мужчин в возрасте 45-54 лет в 2 раза, по сравнению с женщинами (табл.1, 2).

Таблица 1

Заболеваемость различными вариантами церебрального инсульта у мужчин
(стандартизированные по возрасту показатели)

Возраст лет	2002 год		2003 год		2004 год		2005 год		2006 год	
	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ
25-34	0,02	-	-	-	-	-	-	0,02	0,02	0,02
35-44	0,10*	0,02	0,12	0,02	0,07	0,07	0,02	0,10*	0,10*	0,07*
45-54	0,36*	0,10*	0,36*	0,10*	0,34*	0,10	0,41*	0,10*	0,36*	0,10
55-64	0,96*	0,23*	0,89*	0,19*	0,93*	0,16	0,96*	0,27*	0,93*	0,30*
65-74	1,26*	0,30	1,23*	0,25	1,32*	0,30*	1,26*	0,34	1,18*	0,36
Всего	2,7	0,65	2,60	0,56	2,66	0,63	2,65	0,83	2,59	0,86

Достоверность различий между группами: * – $p < 0,05$ (критерий χ^2)

Таблица 2

Заболеваемость различными вариантами церебрального инсульта у женщин
(стандартизированные по возрасту показатели)

Возраст лет	2002 год		2003 год		2004 год		2005 год		2006 год	
	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ
25-34	0,02	-	0,04	-	0,04	-	0,04	0,02	0,02	0,02
35-44	0,19	0,02	0,09*	0,02	0,18*	0,02	0,14*	0,02	0,10*	0,02
45-54	0,35*	0,04*	0,32*	0,03	0,35*	0,03	0,40*	0,03	0,40*	0,05*
55-64	0,72*	0,12*	0,76*	0,13*	0,71*	0,12*	0,72*	0,12*	0,68*	0,11*
65-74	0,78	0,13	0,80	0,14	0,85	0,15	0,83*	0,14	0,79	0,15
Всего	2,06	0,31	1,97	0,33	2,13	0,32	2,13	0,33	1,99	0,35

Достоверность различий между группами: * – $p < 0,05$ (критерий χ^2)

Заболеваемость повторными инсультами составила $13,8 \pm 1,5$ % от всех случаев ЦИ, из них: у мужчин - 47,6 %, у женщин - 52,3 %. Получено достоверное повышение частоты случаев повторного инсульта за период 2004-2006 гг. по сравнению с 2002 г. ($p < 0,05$).

В структуре повторных случаев ЦИ преобладали ишемические инсульты ($74,0 \pm 4,2$ %), при этом зафиксирован рост повторных случаев ишемического инсульта с 2004 г., в то время как показатели повторного геморрагического инсульта оставались относительно неизменными во все годы исследования.

Показатели смертности от мозгового инсульта составили 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. ($p > 0,05$), хотя при сравнении показателей за 2003 г. и 2006 г. выявлена тенденция к росту. Показатели смертности от ЦИ оказались ниже данных по РФ (Скворцова В.И., Айриян Н.Ю., 2005), но сопоставимыми с данными популяционных исследований в соседних регионах (Пинчук Е.Н., 2004; Николаева Т.Н., 2006).

Уровень смертности от ишемического инсульта, по нашим результатам, составил 0,25 – 0,23 – 0,22 – 0,23 – 0,24 за период 2002-2006 гг. ($p > 0,05$) и, в среднем, оказался ниже общероссийских показателей (0,36 – 0,46) (Суслина З.А., 2007). При геморрагическом инсульте (включая внутримозговое кровоизлияние и субарахноидальное кровоизлияние) показатель смертности составил в 2002-2006 гг.: 0,33 – 0,32 – 0,36 – 0,37 – 0,39 ($p > 0,05$), что соответствует данным по России (0,30) (Варакин В.Я., 2005).

Наибольший подъем показателей летальности отмечался в возрастной группе 45-54 лет, по сравнению с предыдущим десятилетием ($p < 0,05$), что находится в коррелятивной зависимости ($r = 0,7$; $p < 0,05$) от роста заболеваемости в этот возрастной период. При этом получено достоверно высокое значение показателя смертности у лиц в возрасте 65-74 лет, по сравнению с предыдущими возрастными группами за все годы исследования (табл.3). В возрасте 25-54 лет показатели смертности достоверно выше у мужчин, чем у женщин.

Таблица 3

Смертность от ишемического и геморрагического инсульта

Возр., лет	2002 год		2003 год		2004 год		2005 год		2006 год	
	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ	ИИ	ГИ
25-34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35-44	-	-	-	0,01	-	0,02	-	0,02	-	0,02
45-54	0,02	0,03	0,02	0,03*	0,01	0,03	0,01	0,02	0,02	0,04*
55-64	0,05*	0,08*	0,04*	0,08*	0,04*	0,07*	0,04*	0,08*	0,03	0,08*
65-74	0,18*	0,22*	0,17*	0,20*	0,17*	0,24*	0,18*	0,25*	0,19*	0,25*
Всего	0,25	0,33	0,23	0,32	0,22	0,36	0,23	0,37	0,24	0,39

Достоверность различий между группами: * – $p < 0,05$ (критерий χ^2)

Показатель общей летальности в остром периоде ЦИ составил $20,6 \pm 1,6$ %, что ниже, чем средний показатель по РФ (Суслина З.А., Варакин Ю.Я., 2009), но соответствует данным в г. Екатеринбурге и г. Томске. Полученный низкий показатель летальности мы объясняем особенностями оказания медицинской помощи в г. Челябинске больным с ЦИ, накопленным 29-летним опытом работы специализированных инсультных бригад скорой медицинской помощи и специализированного отделения для больных нарушениями мозгового кровообращения МУЗ ГКБ№3. Имеет позитивное значение наличие преемственности между стационарным лечением в отделении больных с НМК, неврологическими отделениями по территориальному принципу, отделениями по долечиванию больных с ЦИ в 3 санаториях Челябинской области.

Показатель госпитальной летальности составил $14,2 \pm 2,2$ %, летальность от инсульта на дому оказалась достоверно выше – $25,8 \pm 3,6$ %, что, несомненно, доказывает преимущества лечения в условиях неврологического стационара.

При анализе госпитальной летальности выявлены следующие показатели. Летальность при ишемическом инсульте за 2002-2006 гг. составила $13,7 \pm 1,6$ %, показатели летальности при внутримозговом кровоизлиянии оставались стабильно высокими за 2002-2006 гг. – $56,7 \pm 15,4$ %, при субарахноидальном кровоизлиянии – $27,9 \pm 7,45$ % и сопоставимы с данными соседних регионов.

Показатель летальности при повторных ЦИ оказался достоверно выше ($28,8 \pm 1,28$ %), чем при первичных инсультах ($19,2 \pm 0,8$ %), что подчеркивает актуальность проведения адекватной вторичной профилактики ЦИ. Выявлена высокая летальность в возрастных группах 45-54 и 55-64 лет.

При оценке организации оказания медицинской помощи больным ОНМК нами отмечено, что доля больных, госпитализированных в остром периоде ЦИ в Центральном районе г. Челябинска, составила 68,3 %. По сравнению с данными других регионов РФ, наши показатели оказались на

достаточно высоком уровне, при этом в сравнении 2002-2006 гг. увеличилась доля больных, госпитализируемых в течение первых 6 часов от начала развития ЦИ (2002 г. – 38,8 %, 2006 г. – 43,2 %).

Факторы риска развития церебрального инсульта

При сравнении частоты встречаемости факторов риска при различных формах церебрального инсульта методом логистического регрессионного анализа наиболее значимыми факторами риска развития ишемического инсульта оказались заболевания сердца, инфаркт миокарда в анамнезе ($p=0,001$), дислипидемия ($p < 0,05$). Риск развития геморрагического инсульта увеличивался при наличии нарушения сердечного ритма ($p=0,001$), курения в анамнезе ($p < 0,05$).

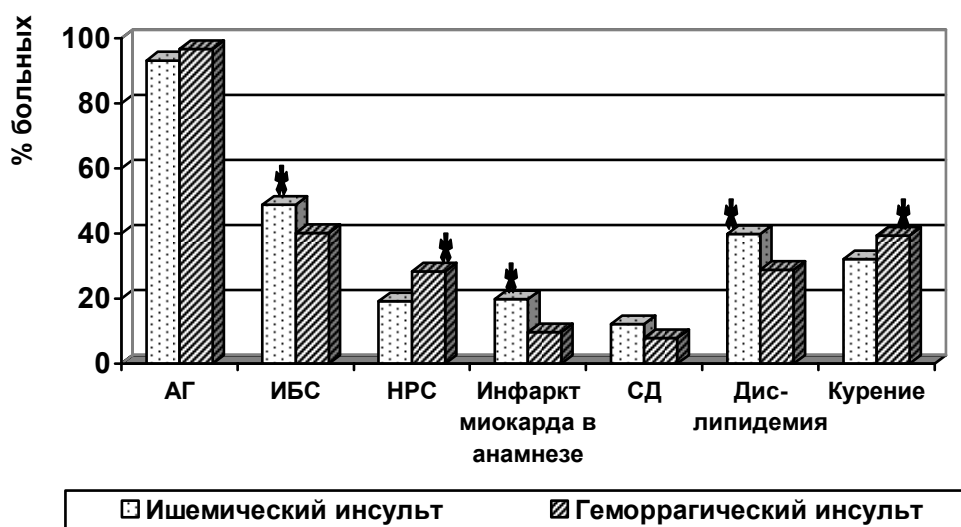


Рис.2. Распространенность факторов риска при ишемическом и геморрагическом инсульте

При сравнении распространенности факторов риска у мужчин и женщин в зависимости от исхода было выявлено преобладание АГ в группе умерших – 100,0 %, по сравнению с выжившими. Показано также достоверное ($p < 0,05$) преобладание у погибших мужчин таких факторов, как инфаркт миокарда в анамнезе – 16,2 % (у женщин – 12,4 %), курение –

62,1 % (у женщин – 6,6 %); среди умерших женщин это – ИБС – 52,3 % (у мужчин – 46,0 %), дислипидемия - 38,4 % (у мужчин – 34,5 %), сахарный диабет – 10,0 % (у мужчин – 6,2 %) (рис.3).

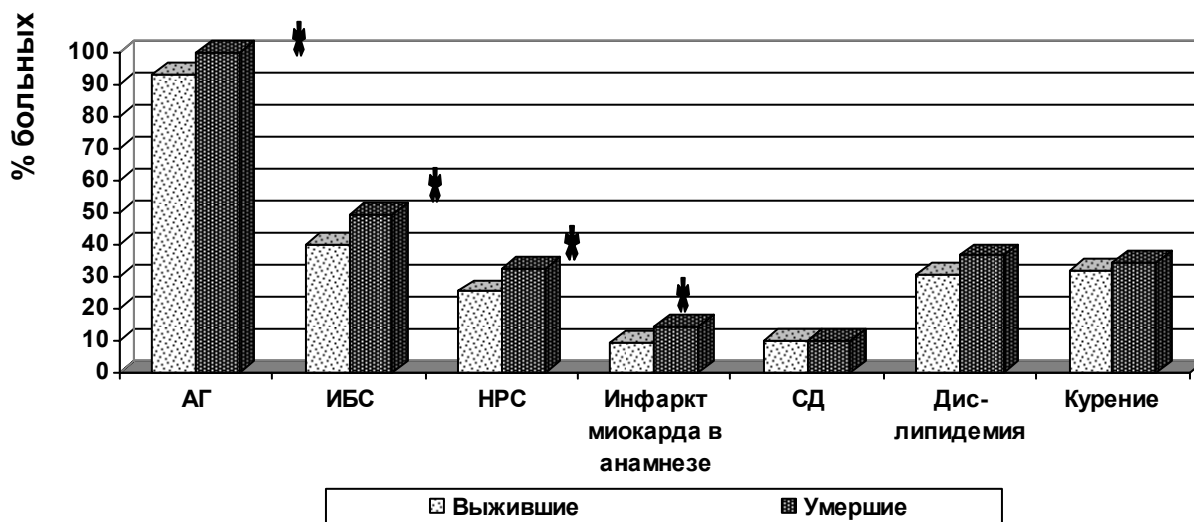


Рис. 3. Распространенность факторов риска среди выживших и умерших больных церебральным инсультом

Значимыми факторами риска для развития повторного ЦИ были артериальная гипертония ($p < 0,05$), нарушение сердечного ритма ($p < 0,05$) и наличие инфаркта миокарда в анамнезе ($p < 0,05$), при этом достоверных различий этих данных среди мужчин и женщин нет.

Таким образом, артериальная гипертония являлась самым распространенным из всех изученных факторов риска у больных с ЦИ и составила 96,8 % от общего числа заболевших в нашей популяции, в то время как в различных регионах Российской Федерации этот показатель варьирует от 77,0 % до 97,0 % (Николаева Т.Н., 2006). Это еще раз подчеркивает актуальность проведения первичной профилактики ЦИ в г.Челябинске, в первую очередь, необходимо уделять внимание коррекции АД у пациентов с высоким риском развития цереброваскулярных заболеваний.

Вопросы профилактики ишемического инсульта

Мы ретроспективно оценили вероятность развития первичного инсульта методом «случай-контроль». В смоделированной нами модели факторов риска оценили наличие АГ, заболевания сердца, дислипидемии, сахарного диабета и курения на вероятность возникновения ЦИ.

Результат нашего исследования оказался следующим: достоверно значимыми ($p < 0,05$) факторами риска развития ишемического инсульта являлись: наличие АГ: относительный риск (ОР) у мужчин – 2,26, у женщин – 1,83, при этом выявлено преобладание АГ у мужчин ($p < 0,05$); ИБС и нарушений сердечного ритма (ОР 2,19), различий среди мужчин и женщин не выявлено ($p > 0,05$); дислипидемии: ОР у мужчин – 2,79, у женщин – 2,39, достоверных отличий между мужчинами и женщинами нет ($p > 0,05$); курения: ОР у мужчин – 1,8, а у женщин достоверно выше – 3,6 ($p < 0,05$).

Параллельно учитывая рекомендации по первичной профилактике ЦИ, мы проанализировали прием гипотензивной, гиполипидемической и антиагрегантной терапии в группе больных с инсультом и группе сравнения, у лиц с «высоким» риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Получены следующие показатели: при постоянном приеме гипотензивной терапии риск развития ишемического инсульта оказался достоверно ниже ($p < 0,05$) у мужчин (ОР 2,72), чем у женщин (ОР 1,68); аналогичные данные выявлены при анализе регулярного приема гиполипидемической терапии: у мужчин (ОР 5,33), чем у женщин (ОР 1,3); при приеме антиагрегантной терапии достоверных отличий между мужчинами (ОР 1,6) и женщинами (ОР 1,35) не отмечено ($p > 0,05$).

Одной из задач нашей работы явилось определение вероятности развития повторного инсульта и оценка оптимального комплексного лечения больных с атеросклеротическим стенозом внутренней сонной артерий.

В результате за период наблюдения 1 год у курируемых нами больных было достигнуто состояние нормо- и легкой гипокоагуляции, а также

отмечена позитивная динамика показателей липидного спектра на фоне проводимой антиагрегантной и гиполипидемической терапии.

В основной подгруппе зафиксировано 3 случая (5,2 %) повторных ОНМК. В подгруппе сравнения выявлено 9 случаев ОНМК (18 %), что в 3 раза выше, чем в основной подгруппе ($p < 0,05$), из них у 4 (8 %) пациентов зафиксированы повторные ишемические инсульты, у 5 (10 %) - повторные эпизоды ТИА.

ВЫВОДЫ

1. В исследуемой популяции за период наблюдения 2002-2006 гг. средний показатель заболеваемости церебральным инсультом в г. Челябинске составил 2,84 на 1000 населения (мужчины – 3,01, женщины – 2,68), что сопоставимо с данными аналогичных популяционных исследований в РФ. Показатели заболеваемости ишемическим инсультом в 5,5-4 раза превышают показатели заболеваемости геморрагическим инсультом, но отмечено увеличение случаев геморрагического инсульта в структуре общей заболеваемости церебральным инсультом в 2005-2006 гг., что свидетельствует об имеющихся недостатках в проведении мер профилактики инсульта, в первую очередь, коррекции артериального давления.

2. Средний показатель смертности при церебральном инсульте за 2002-2006 гг. составил 0,59 на 1000 населения (мужчины – 0,62, женщины – 0,56), что ниже, чем в среднем по РФ. В структуре смертности преобладают геморрагические инсульты во всех возрастных группах. Показатель летальности при церебральных инсультах (первичные и повторные) составил $20,6 \pm 1,6$ %, что ниже, чем в среднем по РФ, но соответствует данным в г. Екатеринбурге и г. Томске. Показатель летальности при повторных церебральных инсультах оказался достоверно выше ($28,8 \pm 1,3$ %) , чем при первичных инсультах ($19,2 \pm 0,8$ %), что требует проведения адекватной вторичной профилактики.

3. Наиболее распространенными факторами риска развития церебрального инсульта в исследуемой популяции, независимо от пола, являются артериальная гипертония (96,8 %), заболевания сердца (43,6 %), дислипидемия (41,7 %), нарушения сердечного ритма (23,8 %). У мужчин фактором риска является курение во всех возрастных группах (64,4 %). Значимыми факторами риска для развития повторного ЦИ являются артериальная гипертония (99,6% случаев), нарушение сердечного ритма (36,8 %) и наличие инфаркта миокарда в анамнезе (13,2 %), при этом достоверных различий среди мужчин и женщин нет. На исход заболевания, независимо от пола и возраста влияет артериальная гипертония (100 %); в мужской популяции – курение (62,1 %), инфаркт миокарда в анамнезе (16,2 %); в женской популяции – заболевания сердца (52,3 %), сахарный диабет (12,8 %).

4. При оценке проведения первичной профилактики ишемического инсульта в г. Челябинске методом логистического регрессионного анализа доказаны значимость артериальной гипертонии, заболеваний сердца, наличия дислипидемии и курения на вероятность развития ишемического инсульта и эффективность применения гипотензивной, антиагрегантной, гиполипидемической терапии у пациентов «высокого риска» развития цереброваскулярных заболеваний.

5. Вторичная профилактика инсульта оперативным методом при атеросклеротическом подтипе ишемического инсульта, достоверно приводит к уменьшению случаев повторных острых нарушений мозгового кровообращения в 3 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо создание постоянно функционирующего центра регистра церебрального инсульта в г. Челябинске для получения наиболее достоверной эпидемиологической характеристики острых нарушений мозгового кровообращения.

2. Необходим индивидуальный выбор программы профилактики церебрального инсульта, как первичного, так и повторного в зависимости от факторов риска, типа и клинического варианта перенесенного инсульта и наличия сопутствующих заболеваний. При этом необходимо рассматривать профилактику церебрального инсульта в рамках общей стратегии профилактики атеросклероза.

3. В профилактике церебрального инсульта, кроме проведения гипотензивной, антиагрегантной, гиполипидемической и других видов консервативной терапии, под контролем динамики лабораторных и инструментальных показателей, необходимо расширять использование ангиохирургических методов профилактики инсульта, основанных на своевременной доплерографической и ангиографической диагностике стенозирующих поражений прецеребральных сосудов.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Бельская, Г.Н. Эпидемиологические аспекты острых нарушений мозгового кровообращения в г. Челябинске / Г.Н. Бельская, О.Б. Самойлова // Сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции: «Инсульт: мультидисциплинарная проблема». – Челябинск, 21 марта 2008г. – Челябинск, 2008. – С.92-93.
2. Бельская, Г.Н. Эпидемиологические аспекты острых нарушений мозгового кровообращения в г. Челябинске / Г.Н. Бельская, О.Б. Самойлова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2008. – №19(119). – С.71-74.
3. Лукьянчикова, Л.В. Качество жизни больных в остром периоде инсульта на фоне артериальной гипертензии / Л.В. Лукьянчикова, О.Б. Самойлова, Г.Н. Бельская // Материалы 6 итоговой научно-практической конференции молодых ученых Челябинской государственной медицинской академии. – Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2008. – С.75-76.

4. Самойлова, О.Б. Эпидемиологическое исследование острых нарушений мозгового кровообращения в г. Челябинске / О.Б. Самойлова, Л.В. Лукьянчикова, Г.Н. Бельская // Материалы 6 итоговой научно-практической конференции молодых ученых Челябинской государственной медицинской академии. – Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2008. – С.122-124.
5. Самойлова, О.Б. Анализ факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения и оценка качества жизни пациентов, перенесших инсульт в г. Челябинске / О.Б. Самойлова, Л.В. Лукьянчикова, Г.Н. Бельская // Вестник Уральской Медицинской Академической Науки. – 2008. – №3(21) – С.94-96.
6. Самойлова, О.Б. Анализ факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения в г. Челябинске / О.Б. Самойлова, С.Б. Степанова // Всероссийская Юбилейная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы клинической неврологии», посвященная 85-летию со дня рождения профессора Владимира Семеновича Лобзина. – Санкт-Петербург, 29-30 сентября 2009г. – СПб., 2009. – С.119-120.
7. Самойлова, О.Б. Эпидемиологическое исследование церебрального инсульта методом Регистра инсульта в г. Челябинске / О.Б. Самойлова, С.Б. Степанова // 8-я Республиканская конференция по неврологии для молодых специалистов «Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний нервной системы». – Гродно, 14-15 мая 2009. – Гродно, 2009. – С.88-89.
8. Степанова, С.Б. Предикторы развития повторного ОНМК у больных ишемическим инсультом, проходивших санаторное долечивание / С.Б. Степанова, О.Б. Самойлова // 8-я Республиканская конференция по неврологии для молодых специалистов «Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний нервной системы». – Гродно, 14-15 мая 2009. – Гродно, 2009. – С.88-89.

9. Степанова, С.Б. Трудоспособность больных, проходивших санаторное долечивание, в отдаленном периоде ишемического инсульта / С.Б. Степанова, О.Б. Самойлова // Всероссийская Юбилейная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы клинической неврологии», посвященная 85-летию со дня рождения профессора Владимира Семеновича Лобзина. – Санкт-Петербург, 29-30 сентября 2009г.– СПб., 2009. – С.126-127.
10. Объект интеллектуальной собственности: карта «Регистр церебрального инсульта», в Реестре №220 от 21.11.2008 г. Южно-Уральская торгово-промышленная палата

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В АВТОРЕФЕРАТЕ

- АГ – артериальная гипертония
АД – артериальное давление
ВМК – внутримозговое кровоизлияние
ГИ – геморрагический инсульт
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИИ – ишемический инсульт
КТ – компьютерная томография
МРТ – магнитно-резонансная томография
НРС – нарушения ритма сердца
САК – субарахноидальное кровоизлияние
СД – сахарный диабет
ТИА – транзиторная ишемическая атака
УЗДГ – ультразвуковая доплерография
ФП – фибрилляция предсердий
ФР – фактор риска
ЦИ – церебральный инсульт
ЭКГ – электрокардиограмма

САМОЙЛОВА
Ольга Борисовна

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В Г. ЧЕЛЯБИНСКЕ

14.00.13 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Автореферат напечатан по решению профильной комиссии
ГОУ ВПО УГМА Росздрава от 14.10.2009г.

Подписано в печать 14.10.2009 г. Формат 60x84/16
Усл. печ. л. 1,0. Тираж 100 экз. Заказ № 92
Отпечатано в типографии ГОУ ВПО УГМА Росздрава.
620219, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3

