

Эпидемиология инсульта в Красноярском крае

Н.А. Шнайдер¹, Л.И. Кононова², Т.Е. Виноградова³, И.И. Хамнагадаев⁴, Г.В. Матюшин¹

Красноярская государственная медицинская академия¹, г. Красноярск, Управление здравоохранения администрации Красноярского края², Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения³ г. Новосибирск, Красноярский научно-исследовательский институт проблем народов Севера⁴ г. Красноярск, Россия

Stroke epidemiology in Krasnoyarsk Region

N.A. Shnaider¹, L.I. Kononova², T.E. Vinogradova³, I.I. Khamnagadaev⁴, G.V. Matyushin¹

Krasnoyarsk State Medical Academy¹, Public Health Department, Krasnoyarsk Regional Administration², Nobosibirsk Research Institute of Circulation Pathology³, Krasnoyarsk Research Institute of Northern Populations' Problems⁴. Russia

Цель. Изучить факторы риска (ФР), заболеваемость, смертность и летальность при инсульте в Красноярском крае.

Материал и методы. Использован регистр инсульта (форма 01 НАБИ) у взрослого населения (возраст 25-74 лет) пилотных территорий Красноярского края в 2001-2003 гг.

Результаты. Ведущие ФР инсульта — артериальная гипертония (51,4%-82%) и заболевания сердца, включая мерцательную аритмию (40,7%-60%). Заболеваемость инсультом варьировала от 4,1 до 5,8 на 1 тыс. населения в год, как в крупных промышленных городах, так и в сельских районах, и имела тенденцию к росту. Смертность варьировала от 0,77 до 2,01 на 1 тыс. населения в год и была достоверно выше в сельских районах края. Летальность больных инсультом на дому от 35,5% в г. Красноярске до 86,4% в сельских районах, что связано с неуккомплектованностью неврологическими кадрами и недостаточным коечным фондом для больных с острой цереброваскулярной патологией в лечебно-профилактических учреждениях города и, особенно, сельских районов. Процент прижизненной верификации случаев инсульта в остром периоде в г. Красноярске и г. Ачинске 8-10%, в районах края верификация недоступна.

Заключение. Цереброваскулярная патология, распространенность ФР, заболеваемость инсультом, смертность и летальность при нем в Красноярском крае в 2001-2003 гг. сохранились на высоком уровне.

Ключевые слова: инсульт, факторы риска, эпидемиология, Красноярский край

Aim. To study stroke risk factors (RF), morbidity, mortality, and lethality in the Krasnoyarsk Region.

Material and methods. The Stroke Register (National Stroke Association Form 01) was used for adult population (25-74 years) of Krasnoyarsk Region pilot territories in 2001-2003.

Results. Leading RF for stroke were arterial hypertension (51.4%-82%) and heart disease, including atrial fibrillation (40.7%-60%). Stroke morbidity varied from 4.1 to 5.8 per 1000 people annually, both in big industrial cities and country districts, and tended to be increasing. Mortality varied from 0.77 to 2.01 per 1000, and was significantly higher in country districts. At-home lethality was 35.5% in Krasnoyarsk City and 86.4% in country districts, due to deficit in neurologists and hospital places for patients with acute cerebrovascular pathology in city and country clinics. Percentage of ante-mortem acute stroke verification was 8-10% in Krasnoyarsk City and Achinsk, and 0% in country districts.

Conclusion. In 2001-2003, cerebrovascular pathology, RF prevalence, stroke morbidity and mortality remained high in Krasnoyarsk Region.

Показатели смертности от сосудистых заболеваний головного мозга в России являются одними из наиболее высоких в мире. Зарубежные специалисты обычно употребляют термин «смертность от цереброваскулярных заболеваний» и «смертность от инсульта» как синонимы [1-3]. В настоящее время в России

отсутствует официальная статистика заболеваемости инсультом, поэтому для оценки ситуации в регионах проводится Регистр инсульта под руководством Национальной ассоциации борьбы с инсультом (НАБИ). В Красноярском крае в течение последнего десятилетия отмечается неуклонная тенденция к росту забо-

леваемости инсультом, которая по данным статистических отчетов Управления здравоохранения администрации Красноярского края превышает заболеваемость инфарктом миокарда в 4-4,5 раза. Для оценки ситуации в регионе и эффективности работы по профилактике острых нарушений мозгового кровообращения в 2001-2002 гг проведена работа по организации регистра инсульта в рамках краевой целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Красноярском крае». В указанной программе в 2001г организован регистр инсульта в Железнодорожном районе (крупном промышленном районе) г. Красноярска, г. Ачинске, Тюхтетском районе, а в 2002-2003гг работа по организации регистра инсульта выполнена в Уярском районе Красноярского края.

Цель исследования — изучить ведущие факторы риска (ФР) инсульта, а также показатели его распространенности, заболеваемости, смертности в открытой популяции крупного промышленного региона Сибири.

Материал и методы

Все случаи инсульта были зарегистрированы специально обученными на базе НИИ патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина врачами неврологами кабинетов регистра инсульта, используя критерии ВОЗ. Все данные фиксировались в специальной регистрационной карточке (форма 01 НАБИ). Все случаи инсульта (госпитализированные, не госпитализированные, фатальные) были зарегистрированы в течение ближайших 2-3 дней после начала заболевания. По возможности все пациенты были осмотрены повторно через 28 дней [4,5].

Для кодирования инсульта использовалась 10 версия МКБ (Международная классификация болезней). «Фатальными случаями» были определены все больные инсультом, умершие в течение первых 28 дней после начала первого инсульта. Все другие события определялись как «нефатальные». Все повторные инсульты, развившиеся через 28 дней от начала первого инсульта определялись как новые случаи инсульта. Регистрировались первичные и повторные случаи инсульта у мужчин и женщин всех возрастных категорий в течение календарного



Рис. 1 Заболеваемость инсультом в Красноярском крае в 2001-2003 гг (на 1 тыс. населения в год).

года; регистрационная карточка (форма 01 НАБИ) заполнялась на все случаи инсульта в возрастной категории от 25 до 74 лет.

Результаты и обсуждение

В структуре ФР, выявленных у пациентов, перенесших инсульт за истекший 2001г, доминировали: артериальная гипертензия (АГ) — 51,4%-82%, заболевания сердца, включая мерцательную аритмию — 40,7%-60%, курение — 16%-44,4%. Следует отметить, что 16% жителей Тюхтетского района, перенесших инсульт за истекший период, страдали хроническим алкоголизмом.

Основными эпидемиологическими характеристиками инсульта являются заболеваемость, смертность и летальность. Регистр инсульта позволяет оценить достоверность данных о медицинских и социально-экономических последствиях инсульта, о потребности в реабилитационной помощи больным, перенесшим инсульт.

При статистическом анализе показано, что заболеваемость инсультом в 2001г варьировала от 4,01 в г. Красноярске до 4,85 на 1 тыс. населения в год в Тюхтетском районе; в 2002г отмечен рост заболеваемости инсультом от 5,1 в Тюхтетском районе до 5,8 в г. Ачинске; в 2003г работа по Регистру инсульта выполнена только в Уярском районе, где заболеваемость инсультом составила 5,6 на 1 тыс. населения в год (рисунок 1), что коррелировало с показателями заболеваемости инсультом в Российской Федерации.

Несмотря на усилия по улучшению оказания помощи больным инсультом [6,7], показатели смертности и летальности сохраняются на достаточно высоком уровне (рисунок 2). Летальность больных, перенесших инсульт и не госпитализированных в стационары круглосуточного пребывания (пролеченных на дому), наиболее высока и варьирует от 35,5%

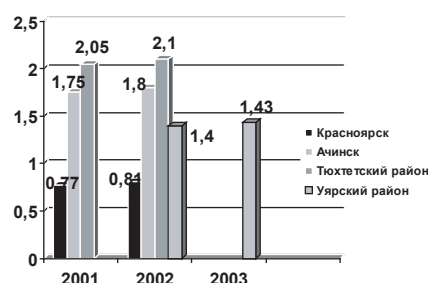


Рис. 2 Смертность от инсульта в Красноярском крае в 2001-2003 гг (на 1 тыс. населения в год).

в г. Красноярске до 86,4% в Тухтетском районе, что связано с неукомплектованностью неврологическими кадрами и недостаточным коечным фондом для больных с острой цереброваскулярной патологией в лечебно-профилактических учреждениях города и, особенно, сельских районов Красноярского края. Анализ смерти лиц, умерших на дому, показал, что лишь в четверти случаев, в которых причиной смерти указан инсульт, можно говорить о верификации диагноза.

Процент верификации диагноза инсульта в г. Ачинске и Железнодорожном районе г. Красноярска также недостаточно высокий (в среднем 8%-10%) в виду низкой обеспеченности и мощности имеющейся диагностической аппаратуры: компьютерных томографов (КТ), магнитно-резонансных томографов (МРТ) для прижизненной верификации диагноза инсульта и низком проценте числа аутопсий при фатальных случаях инсульта. В сельских районах прижизненная диагностика инсульта невозможна из-за отсутствия нейрорадиологических методов обследования.

Выводы:

- Цереброваскулярная патология и заболеваемость инсультом в Красноярском крае в 2001-2003 гг сохранялась на высоком уровне: заболеваемость инсультом колеблется от 4,1 до 5,8 на 1 тыс. населения в возрасте от 25 до 74 лет в год, что превышает среднюю заболеваемость в РФ (4,01 на 1 тыс. населения

в год); заболеваемость инсультом занимает лидирующее положение в общей структуре заболеваемости и смертности в г. Красноярске и Красноярском крае; заболеваемость инсультом в Красноярском крае имеет неуклонную тенденцию к росту.

- Летальность от инсульта на дому у пациентов в возрасте от 25 до 74 лет сохраняется на стабильно высоком уровне — 67%-80%; госпитальная летальность от инсульта (до 21%) не превышает среднестатистические показатели по РФ, однако сохраняется низкий процент госпитализации больных инсультом в стационары круглосуточного пребывания: в период «терапевтического окна» (первые 6 часов от развития сосудистой катастрофы) — < 12%-16%, в острейшем периоде (первые 28 дней) — < 40%-50%. Общая летальность от инсульта в Красноярском крае в 2001-2003 гг варьирует от 39% до 56%. Смертность от инсульта лидирует в структуре общей смертности, опережая смертность от инфаркта миокарда — 1,32%-3,6%.
- Антиагреганты и непрямые антикоагулянты в острейшем периоде атеротромботического и кардиоэмболического инсульта назначаются менее чем в 25% случаев, при лакунарных инсультах — в 10%-12% случаях.
- Доступность прижизненной диагностики (КТ/МРТ головного мозга) в острейшем периоде инсульта в Красноярске <8%, в районах края — нулевая.

Литература

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Современные представления о лечении острого церебрального инсульта. Cons med 2000; 2(2): 60-5.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. Москва «Медицина» 2001; 327с.
3. Шнайдер Н.А., Никулина С.Ю. Церебральные осложнения артериальной гипертензии. Красноярск, КГМА 2004; 355с.
4. Виноградова Т.Е., Виноградов С.П. Руководство по проведению регистра инсульта и его факторов риска. Новосибирск 2001; 32с.
5. Шнайдер Н.А., Кононова Л.И., Виноградова Т.Е. Первый опыт проведения регистра инсульта в Красноярском крае. Мозг и сердце: кардионеврология и нейрокардиология. Новокузнецк 2003; 251-7.
6. Кононова Л.И., Шнайдер Н.А., Кутумова О.Ю. и др. Опыт проведения общеобразовательных мероприятий по профилактике артериальной гипертензии и инсульта для врачей первичного звена здравоохранения. Тезисы докладов X Российского национального конгресса «Человек и лекарство». Москва 2003; 35.
7. Кононова Л.И., Шнайдер Н.А., Хамнагадаев И.И. и др. Формирование отклика населения на участие в мероприятиях по профилактике артериальной гипертензии и инсульта Тезисы докладов X Российского национального конгресса «Человек и лекарство». Москва 2003; 35.

Поступила 28/12-2004