

Повторные инсульты у больных артериальной гипертонией (по данным регистра инсульта в городе Нальчике)

Э.С. Улимбашева, Ю.Я. Варакин¹, С.М. Чудопал

Кабардино-Балкарский государственный университет. Нальчик; ¹НИИ неврологии РАМН. Москва, Россия

Recurrent strokes in arterial hypertension patients (Nal'chik City Stroke Registry data)

E.S. Ulimbasheva, Yu.Ya. Varakin¹, S.M. Chudopal

Kabardino-Balkar State University. Nal'chik; ¹Neurology Research Institute, Russian Academy of Medical Sciences. Moscow, Russia.

Цель. Изучить особенности артериальной гипертонии (АГ) у больных повторным инсультом.

Материал и методы. Популяционный метод регистра инсульта, проводившийся в г. Нальчике в течение 2 лет (2003-2004гг.) в масштабе всего города с населением 245 тыс. человек. Выявлено 1018 больных инсультом; из них 863 с первичными инсультами и 155 с повторными.

Результаты. Заболеваемость инсультом составила 2,07 случая на 1 тыс. жителей в год: первичным инсультом – 1,76 и повторным – 0,31; смертность – 1,08 на 1 тыс. жителей в год. Летальность в первые 28 дней была 31,7% и к году составила 52,2%. АГ диагностирована у 70% больных инсультом. У больных повторным инсультом АГ выявлялась чаще и отличалась более высоким АД, чаще имели место гипертонические церебральные кризы (ГЦК). Степень повышения АД до инсульта ассоциировалась с его тяжестью и уровнем восстановления нарушенных функций. Среди больных АГ, перенесших инсульт, постоянно лечились только 47%; 29% больных продолжали курить и 30% злоупотребляли алкоголем.

Заключение. АГ у больных инсультом диагностируется в 2 раза чаще, чем в популяции, отличается более высокими уровнями АД и значительно чаще протекает с ГЦК. Менее половины больных, перенесших инсульт, переходят на постоянный прием антигипертензивных препаратов.

Ключевые слова: артериальная гипертония, антигипертензивная терапия, регистр инсульта, повторный инсульт, факторы риска.

Aim. To study arterial hypertension (AH) features in patients with recurrent stroke.

Material and methods. The population method of stroke registry (two-year follow-up (2003-2004) in the city with population of 245 000) was used. In total, 1018 stroke patients were identified, including 863 primary strokes and 155 recurrent strokes.

Results. Stroke incidence was 2,07 per 1000 per year: 1,76 for primary stroke, 0,31 for recurrent stroke; mortality - 1,08 per 1000 per year. Twenty-eight-day lethality was 31,7%, reaching 52,2% at one year. AH was diagnosed in 70% of stroke patients. In recurrent stroke individuals, AH was more prevalent, with higher blood pressure (BP) levels and hypertensive cerebral crises (HCC) rates. Pre-stroke BP increase was associated with stroke severity and functional recovery. In hypertensive stroke survivors, only 47% were treated regularly. Current smoking and alcohol abuse rates were 29% and 30%, respectively.

Conclusion. In stroke patients, AH was diagnosed twice as often as in general population, was characterized by higher BP levels and HCC rates. Less than one half of stroke survivors received antihypertensive medications regularly.

Key words: Arterial hypertension, antihypertensive therapy, stroke registry, recurrent stroke, risk factors.

Инсульт в России остается важнейшей медицинской и социально-экономической проблемой. По данным официальной статистики в 2002г смертность, связанная с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ), занимала второе место (20,8%) после ишемической болезни сердца (ИБС) (26,5%); на третье место переместились «внешние причины» (14,5%) и на четвертом месте в структуре смертности населения страны оказались злокачественные новообразования (12,4%), которые в экономически развитых странах Запада стабильно занимают второе место [3].

Обращает внимание тот факт, что показатель смертности от ЦВЗ в РФ выше, чем в большинстве других стран в 5-6 раз. В 2002г смертность от этой патологии в России составила 306,2 на 100 тыс. жителей (Евростандарт), тогда как аналогичный усредненный показатель для 15 стран Европы (членов ЕЭС) был 62,3 на 100 тыс. населения [6].

Следует иметь в виду, что зарубежные специалисты употребляют термины «смертность от ЦВЗ» и «смертность от инсульта» как синонимы. В РФ это далеко не так, что можно продемонстрировать данными регистра в г. Нальчике. За 2 года работы от врачей различных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) города поступила информация о 2093 случаях инсульта. После осмотра больных врачом-неврологом регистра, прошедшим специальную подготовку в НИИ неврологии РАМН, диагноз был подтвержден только в 48,6% случаев (1018 чел.). У остальных были диагностированы гипертонические кризы, заболевания периферической нервной системы и другие формы патологии.

Важнейшим корректируемым фактором риска (ФР) развития инсульта (ишемического и геморрагического), а также транзиторных ишемических атак (ТИА) и гипертонической ангиоэнцефалопатии является артериальная гипертония (АГ), с которой связывают значительную часть острых и хронических форм ЦВЗ в популяции.

В материалах отечественной официальной статистики по-прежнему указывается, что распространенность АГ среди населения, как и в 70-е годы XX века, составляет 4,4% [4]. Тогда как, популяционные исследования демонстрируют значительно более высокую ее распространенность, которая по данным исследования 2004г составила в частности на Юге России у мужчин 34,2%, у женщин 37,0% [11,12].

АГ в соответствии с рекомендациями ВНОК 2001 диагностировали при уровне ар-

териального давления (АД) $\geq 140/90$ мм рт.ст. и разделяли на три степени (ст.): I ст. = 140-159/90-99 мм рт.ст., II = 160-179/100-109 мм рт.ст. и III $\geq 180/110$ мм рт.ст. [5].

Важным показателем, характеризующим тяжесть течения АГ, являются гипертонические церебральные кризы (ГЦК). В популяционных исследованиях НИИ неврологии РАМН используются следующие критерии их диагностики: при «внезапном возникновении у больного АГ общемозговых симптомов — головная боль, тошнота, рвота, появившихся на фоне дополнительного повышения АД, потребовавших от пациента лечь в постель и обратиться за экстренной медицинской помощью» [2].

Целью работы явился анализ основных клинических и эпидемиологических показателей у больных с повторным инсультом при АГ для совершенствования помощи таким больным и проведения научно-обоснованной вторичной профилактики ОНМК.

Материал и методы

Информацию о заболеваемости, смертности при инсульте, летальности больных, распространенности у них различных ФР, в частности АГ, ГЦК, и других эпидемиологических аспектах инсульта можно получить только при организации регистра. Такая работа выполнена на базе регистра инсульта в г. Нальчике при методическом участии НИИ неврологии РАМН. Врачи-неврологи прошли стажировку в Институте неврологии по организации и проведению эпидемиологических исследований ЦВЗ. Совместно подготовлена программа работы, карта для формирования компьютерного банка данных и другие материалы, который проводился в течение 2 лет (2003-2004гг) в масштабах всего города с населением 245 тыс. человек. Для верификации диагноза врачи-неврологи регистра не ограничивались сбором и анализом медицинской документации, а консультировали всех пациентов с возможным инсультом, независимо от того, находились они в стационаре или на дому. Установлены были фиксированные сроки обследования больных — первые 3 дня заболевания, 21-28 день и один год с момента развития инсульта. Повторные визиты к больным использовали не только для оценки их состояния, но также для окончательного уточнения диагноза.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, инсульт определяли как «острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), характеризующееся внезапным (в течение минут, реже часов) появлением очаговой неврологической (нарушения движений, чувствительности, координации, речи и др.) и/или общемозговой симптоматики (нарушения сознания, тошнота, рвота и др.), сохраняющихся > 24 часов или приводящих к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие причин цереброваскулярного происхождения» [7].

Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) имеют сходные с инсультом клинические проявления и отличаются только тем, что при ПНМК очаго-

Показатели, характеризующие АГ в популяции, у больных первичным и повторным инсультом

Показатель	Популяция	Первичный инсульт	Повторный инсульт	Статистическая достоверность
Распространенность АГ	34,2%	67,4%	83,8%	$p < 0,01$
Удельный вес выраженной АГ (АД $\geq 180/110$ мм рт.ст.)		3,6%	13,0%	$p < 0,01$
ГЦК	7%	51,7%	55,7%	$p < 0,05$
Постоянный прием АГП	12%	20,8%	43,8%	$p < 0,001$

вая неврологическая симптоматика менее выражена и, как правило, сохраняется в течение 10-15 минут, реже нескольких часов, но не более суток. Общемозговая симптоматика, как правило, отсутствует (кроме случаев субарахноидального кровоизлияния). За рубежом такие состояния называют ТИА. В России используют оба эти термина – ПНМК и ТИА как синонимы.

Для объективизации тяжести инсульта в острой и редуциальной стадиях, а также степени восстановления нарушенных функций использовались принятые в клинических работах, а также в контролируемых, многоцентровых исследованиях унифицированные оценки: шкала комы Глазго; Скандинавская шкала оценки выраженности нарушения функций; индекс Бартель, позволяющий унифицировать оценку степени самообслуживания больного.

Статистический анализ полученных данных проводили, применяя пакет прикладных программ «Statistica 6,0 StatSoft Inc.(USA)». Достоверность оценивали при помощи t-критерия и χ^2 критерия. Для получения стандартизованных показателей использовали метод прямой стандартизации.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования получены эпидемиологические данные, характеризующие ситуацию с ЦВЗ в городе в целом: заболеваемость инсультом (первичным и повторным) составила 2,07 случая на 1 тыс. жителей в год и была выше у мужчин (2,48), чем у женщин (1,67). Заболеваемость первичным инсультом составила 1,76 и повторным – 0,31. Смертность больных инсультом оказалась равной 1,08 на 1 тыс. жителей в год. Летальность в первые 28 дней была 31,7% и к первому году с момента развития инсульта ее кумулятивный показатель составил 52,2%. Среди всех случаев инсульта повторные отмечались в 15,2% [9].

Приведенные данные сопоставимы с материалами других Регистров, выполненных при методическом участии НИИ неврологии РАМН. Заболеваемость инсультом (все случаи – первичные и повторные) составила в Якутске 2,09, в Москве – 2,50 и Новосибирске – 2,45 на 1 тыс. жителей в год. Этот коэффициент оказался наиболее высоким в Краснодаре – 3,05. В тоже время, различия между максимальными и мини-

мальными показателями заболеваемости инсультом в указанных городах различались не более чем в 1,5 раза [8,10,13,14].

Банк данных больных АГ с инсультом включал 712 человек, в т.ч. 582 – с первичным инсультом и 130 с повторным.

Распространенность АГ у больных инсультом оказалась существенно выше чем в популяции; в настоящем исследовании АГ обнаружена у 70,0% больных. Сопоставление возраста развития инсульта у больных с повторным НМК при АГ и при нормотензии показало, что у лиц с АГ инсульт развивается в более молодом возрасте – 65,5 и 70,0 лет, соответственно ($p < 0,05$).

Был проведен анализ распространенности АГ у больных первичным и повторным инсультом; оценивались следующие параметры, характеризующие АГ: тяжесть – ст. по уровню АД; наличие ГЦК; регулярность антигипертензивной терапии (АГТ) (таблица 1).

Дополнительно изучали зависимость тяжести инсульта и уровня восстановления нарушенных функций от ст. повышения АД.

Сопоставление больных с первичным и повторным инсультом показало, что у пациентов, перенесших повторный инсульт, АГ диагностировали чаще – 83,8% и 67,4% соответственно ($p < 0,01$). Оценка тяжести АГ позволила установить, что наиболее выраженные ее формы (АД $\geq 180/110$ мм рт.ст.) чаще имели место у лиц с повторным инсультом – 13,0% и 3,6% соответственно ($p < 0,01$). У больных с повторным инсультом течение АГ чаще сопровождалось ГЦК – 55,7% и 51,7% соответственно ($p < 0,05$). Выявлена прямая зависимость ст. повышения АД, тяжести инсульта и уровня восстановления нарушенных функций. Эта зависимость была характерной как для больных первичным, так и повторным инсультом.

При оценке тяжести инсульта по Скандинавской шкале (чем меньше сумма баллов, тем более выражена неврологическая симптомати-

Таблица 2

ФР у больных первичным и повторным инсультом

Показатели	Первичный инсульт	Повторный инсульт
АГ	67%	84%*
ТИА	16%	38%*
Курение	58%	29%*
Алкоголь	27%	30%
ИМ	11%	14%
ИБС	59%	49%
МА	16%	18%
СД	13%	4%*
ПЭН	72%	52%

Примечание: * – $p < 0,05$; МА – мерцательная аритмия; СД – сахарный диабет; ПЭН – психо-эмоциональное напряжение.

ка) отмечали следующую закономерность – при АГ I и II ст. сумма баллов колебалась от 30 до 56. При АГ III ст. она, как правило, не превышала 36 баллов. К концу года от развития инсульта у больных АГ I ст. индекс Бартель был высоким – 100-105 баллов, что указывало на значительное восстановление возможности самообслуживания больного. При АГ II и III ст. индекс не превышал 40-85 баллов.

По данным анамнеза последние два года, предшествовавшие развитию первичного инсульта, АГТ совсем не получали 33,8% больных АГ. Эпизодически принимали антигипертензивные препараты (АГП) 45,4%. Лечились постоянно только 20,8% больных АГ.

В группе с повторным инсультом не проводили АГТ 16,1% больных, эпизодически принимали препараты 40,1% и лечились постоянно 43,8% больных АГ, перенесших инсульт.

Повторное обследование через год от момента развития инсульта лиц с АГ показало, что постоянную АГТ по-прежнему получают менее половины больных (47%). Оценивая распространенность некоторых других (поведенческих) ФР, следует отметить, что даже после перенесенного инсульта продолжали курить 29% и злоупотребляли алкоголем 30% больных.

Оценка распространенности различных ФР показала, что при повторном инсульте, в отличие от первичного, получено значительное преобладание таких ФР, как АГ – 84% и 67% соответственно ($p < 0,05$) и ТИА – 38% и 16% соответственно ($p < 0,05$). (таблица 2).

Изучение АГ у больных инсультом представляется перспективным направлением получения дополнительной информации об этом заболевании. Отличается ли по своим характеристикам АГ в популяции, где основную массу сос-

тавляют пациенты с мягкой «неосложненной» АГ, без выраженной ИБС, инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта в анамнезе, от АГ у больных, перенесших инсульт? Ответ на этот вопрос имеет принципиальное значение, т.к. от его решения зависят рекомендации по профилактической АГТ у больных АГ, перенесших первый инсульт. Подобное исследование можно выполнить при создании банка данных больных инсультом, госпитализированных в различные клиники, используя унифицированные критерии отбора пациентов («госпитальный» регистр инсульта). Однако такая информация неизбежно окажется «искаженной», поскольку из поля зрения исследователей «выпадут» сведения о лицах, оставшихся дома, среди которых, как правило, оказываются пациенты в полярных по тяжести состояниях: крайне тяжелые и наиболее легкие с «малым» инсультом (полным восстановлением нарушенных функций в первые 3 недели от момента развития заболевания).

Более адекватной является оценка особенностей АГ у больных инсультом, производимая методом популяционного регистра, который позволяет получить сведения, соответствующие реальному состоянию проблемы. Естественно, что такой регистр также имеет недостатки, в частности, не достает современных инструментально-лабораторных диагностических исследований, что в большинстве случаев не позволяет верифицировать характер инсульта с использованием компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии.

Изучение повторных инсультов при АГ базируется на данных популяционного регистра в г. Нальчике. Обращаем внимание на совместную разработку Программы кафедрой неврологии медицинского факультета КБГУ и отделом эпидемиологии НИИ неврологии РАМН, в которой акцент сделан на качество получаемых данных. С этой целью Программой были предусмотрены: организация работы в масштабах целого города с населением 245 тыс. человек; регистрация всех случаев инсульта (первичных и повторных); продолжительность работы регистра в течение двух лет; проведение врачами-неврологами регистра верификации диагноза «инсульт» у большинства больных, включенных в данное исследование, независимо от того, находились они в стационаре или дома; повторные осмотры больных в определенные фиксированные сроки от момента развития инсульта, позволяющие уточнить диагноз и состояние больного.

Выполненная работа показала, что АГ у больных первичным и повторным инсультом диагностируется в 2 раза чаще, чем в популяции и протекает тяжелее. Определяются более высокая ее ст. (по уровню АД), в несколько раз чаще, чем в популяции возникают ГЦК.

Анализ показал, что в течение двух последних лет до развития инсульта, постоянную антигипертензивную терапию получали всего 20,8% больных АГ. Естественно, что после перенесенного тяжелого заболевания пациенты стали больше обращать внимание на состояние своего здоровья. Действительно, вдвое увеличилось количество больных АГ, которые принимали АГП. Однако половина этих больных (53%) по-прежнему адекватной АГТ не получала. Следует также обратить внимание на то, что даже после перенесенного инсульта 29% больных продолжали курить и 30% злоупотребляли алкоголем.

Литература

1. Бритов А.Н. и авторский коллектив. Результаты вторичной профилактики артериальной гипертензии. Бюлл ВКНЦ АМН СССР 1986; 1: 56-62.
2. Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты профилактики острых нарушений мозгового кровообращения: Автореф дисс докт мед наук. Москва 1994.
3. Варакин Ю.Я. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга. Очерки ангионеврологии. Ред. З.А.Суслина. Москва Изд. «Атмосфера» 2005; 66-81.
4. Заболеваемость населения Российской Федерации в 2002 г. (Статистические материалы) Часть 1. Москва 2003; 215 с.
5. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. Ж артер гипертенз. Приложение 2002; 1-4.
6. Смертность населения Российской Федерации в 2002 году. (Статистические материалы). Минздрав РФ. Москва 2003; 187 с.
7. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики. Москва «МЕДпресс-информ» 2006; 256 с.
8. Третьякова Н.Н. Эпидемиология и этнические особеннос-

Сопоставление распространенности ФР у больных первичным и повторным инсультом, показало, что у пациентов с повторным инсультом существенно чаще имеют место два ФР – АГ и ТИА. Они хорошо известны клиницистам и поддаются медикаментозной коррекции (АГП, антиагреганты). Российскими исследователями [1] показано, что активное выявление и адекватная АГТ больных АГ позволяет снизить риск развития инсульта в 2 раза. Остается главное – повышение знаний врачей и информированности населения об АГ и ЦВЗ, их ранних проявлениях и необходимых мерах предупреждения. Это тем более актуально, что во многих регионах России и, в частности в Нальчике, в настоящее время действует федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации».

- ти инсульта в г. Якутске (по данным регистра): Автореф дисс канд мед наук. Москва 2006.
9. Улимбашева Э.С., Варакин Ю.Я., Чудопал С.М. Заболеваемость инсультом по данным регистра в Нальчике. IX Всероссийский съезд неврологов. Ярославль 2006; 493.
10. Фейгин В.Л. Эпидемиология и профилактика цереброваскулярных заболеваний в условиях Сибири. Автореф дисс докт мед наук. Москва 1991.
11. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Распространенность, информированность, лечение и контроль артериальной гипертензии среди населения России. Материалы 1-ой Всероссийской конференции по проблеме атеросклероза. Москва 1999; 104-5.
12. Шальнова С.А. Эпидемиология артериальной гипертензии. Руководство по артериальной гипертензии. Ред. Е.И.Чазов, И.Е.Чазова Москва «Медиа Медика» 2005; 79-94.
13. Шмидт Е.В., Макинский Т.А. Мозговой инсульт. Заболеваемость и смертность. Ж невропатол психиатр 1979; 4: 427-32.
14. Щелчкова И.С. Эпидемиология инсульта в г. Краснодаре (по данным регистра). Автореф дисс канд мед наук. Москва 2001.

Поступила 13/11-2006
Принята к печати 28/12-2006