

Эпидемиологические аспекты профилактики нарушений мозгового кровообращения

Ю.Я. Варакин

Эпидемиологические исследования являются одним из важных направлений в изучении сосудистой патологии мозга и позволяют получить информацию как о клинических, так и о прикладных аспектах этой проблемы. Их значимость определяется рядом факторов:

– объектом исследования является популяция, что позволяет оценить эпидемиологическую ситуацию в целом, включить в рамки исследования лиц с начальными и/или легко протекающими формами заболеваний;

– используются только унифицированные критерии диагностики различных форм патологии и лабораторно-инструментальных методик обследования пациентов;

– предпринимаются меры для получения достоверных данных (формирование случайной репрезентативной выборки, специальная подготовка участников работы, контроль качества ее выполнения).

Важнейшими методами эпидемиологического исследования цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) являются:

- 1) скрининг популяции;
- 2) регистр острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК);
- 3) проспективное наблюдение за когортой.

Каждый из указанных методов исследования имеет свои сферы применения. Так, для получения данных о частоте новых случаев заболеваний при-

меняется методика Регистра, их распространенности – метод скрининга. Изучение факторов риска, проверку различных этиологических гипотез, оценку эффективности программ профилактики позволяют получить проспективные когортные исследования.

Основными популяционными эпидемиологическими характеристиками являются заболеваемость, смертность, летальность и распространенность. Заболеваемость определяется как число новых случаев болезни, возникших в данной популяции за определенный срок (обычно за год), рассчитанное на 1000 или 100 тыс. жителей. Смертность – количество случаев заболевания, закончившихся летально, рассчитанное на 1000 или 100 тыс. жителей изучаемого района за год. Летальность – доля смертельных случаев данной патологии относительно всех зарегистрированных случаев заболевания (в процентах). Распространенность – это общее число лиц в популяции, страдающих данным заболеванием на момент обследования, рассчитанное на 1000 или на 100 тыс. населения.

Эпидемиологическое изучение ЦВЗ в нашей стране начато по инициативе Е.В. Шмидта в НИИ неврологии АМН СССР в конце 60-х–начале 70-х годов XX века. Организованы первые скрининги популяции, осуществлена программа Регистра инсульта, разрабатывались научные основы профилактики острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). В результате этой работы получены данные о распространенности и структуре ЦВЗ, частоте новых случаев инсульта, состоянии медицинской помощи этим больным, в том числе своевременнос-

ти диагностики заболевания, уровне и сроках госпитализации пациентов, состоянии реабилитационной помощи больным с последствиями инсульта. Проанализированы факторы риска развития нарушений мозгового кровообращения, оценена возможность и эффективность профилактики ОНМК, значимость ее основных стратегий (популяционная и в группах повышенного риска).

Оптимальным методом изучения распространенности заболеваний системы кровообращения является скрининг. Специальная организация такого исследования позволяет получить данные, репрезентативные для популяции в целом, при обследовании определенной, относительно небольшой ее части.

В конце 1960-х годов в рамках программы ВОЗ Институтом неврологии АМН СССР было организовано первое в стране изучение распространенности ЦВЗ в отдельных городах с использованием метода скрининга открытой популяции (возрастная группа 40–59 лет). Исследование проводилось в Москве, Якутске, Коломне, Вильнюсе, Семипалатинске. Наряду с выявлением различных форм сосудистых заболеваний мозга определялась также распространенность артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца, гиперхолестеринемии и некоторых других факторов [9].

В ходе скринингов были получены первые данные о распространенности сосудистых поражений мозга в отдельных возрастных группах населения в различных климато-географических зонах, накапливался опыт организации многоцентровых эпидемиологических исследований ЦВЗ.

Юрий Яковлевич Варакин – докт. мед. наук, руководитель лаборатории эпидемиологии и профилактики сосудистых заболеваний мозга ГУ НИИ неврологии РАМН.

Изучение эпидемиологии сосудистых заболеваний мозга позволило установить:

- значительную распространенность ЦВЗ в мужской и женской популяции 40–59 лет;
- преобладание в структуре ЦВЗ начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга;
- увеличение распространенности сосудистых заболеваний головного мозга с возрастом;
- высокую корреляцию распространенности сосудистых поражений мозга и сердца;
- различия показателей распространенности ЦВЗ в отдельных городах и регионах страны.

Отличительными особенностями эпидемиологических исследований сосудистых заболеваний мозга в нашей стране являются разработка единых подходов к выявлению и диагностике так называемых начальных клинических форм ЦВЗ и сосудистой энцефалопатии, а также выделение гипертонических церебральных кризов как самостоятельной клинической формы ОНМК.

Указанное выше кооперативное исследование ограничивалось возрастной группой населения 40–59 лет. В большинстве центров обследовались только мужчины. Преходящие нарушения мозгового кровообращения включали суммарное количество транзиторных ишемических атак (ТИА) и гипертонических кризов. Использовались “рабочие” критерии диагностики начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ), которые в дальнейшем существенно изменились.

Это потребовало организации нового эпидемиологического исследования ЦВЗ. Изучение распространенности и структуры сосудистых заболеваний мозга в популяции трудоспособного возраста проведено в середине 80-х годов XX века совместно НИИ неврологии АМН СССР и Российским научно-исследовательским Центром профилактической медицины МЗ РФ. Работа осуществлялась в 6 городах 3 регионов страны – Евро-

пейском (Ленинград, Москва), Закавказском (Баку, Тбилиси) и Сибирском (Иркутск, Новосибирск). В каждом из указанных городов обследовались репрезентативные случайные выборки из общей популяции мужчин 20–54 лет. В Москве и Новосибирске исследование было значительно расширено – обследованы мужчины в возрасте 20–64 лет, проведен также скрининг женщин 35–64 лет. Исследование осуществлялось на одних и тех же случайных выборках одновременно неврологами и кардиологами. Всего в указанных 6 городах обследование прошли 14 730 человек. Неврологический раздел исследования проводился неврологами указанных выше городов, прошедшими стажировку в НИИ неврологии АМН СССР и включал опрос по унифицированной анкете и неврологический осмотр, что позволяло диагностировать все основные формы сосудистой патологии мозга [1, 3].

Кардиологическая программа обследования тех же лиц включала измерение артериального давления (АД), стандартный опрос (по вопроснику ВОЗ) для выявления стенокардии напряжения и синдрома перемежающейся хромоты, а также регистрацию ЭКГ покоя в 12 общепринятых отведениях с последующей кодировкой по Миннесотскому коду. Исследовались также липиды крови.

Выявлено нарастание распространенности сосудистых заболеваний мозга в направлении с Запада на Восток: наименьшие показатели установлены в Москве и Ленинграде, самые высокие в Иркутске и Новосибирске. Баку и Тбилиси по величине анализируемого показателя занимают промежуточное положение.

Распространенность определенных случаев сосудистых заболеваний мозга в популяции мужчин 20–54 лет изменялась от 7,7% в Москве до 13,5% в Новосибирске.

Стандартизованный суммарный показатель распространенности ОНМК, включавший выявленные случаи мозгового инсульта, ТИА и церебральных гипертонических кризов, был

также наименьшим в Москве (2,9%) и наиболее высоким – в Иркутске (4,5%).

Во всех обследованных популяциях установлен значительный рост распространенности ЦВЗ с возрастом. Это касалось как сосудистой патологии мозга в целом, так и отдельных ее форм. Как правило, при переходе к каждой следующей возрастной группе, отличающейся на 10-летие, распространенность сосудистых заболеваний мозга увеличивалась вдвое, а при сравнении крайних возрастных групп мужчин 20–24 и 50–54 лет она различалась в 8 раз.

Самой частой формой сосудистой патологии мозга оказались НПНКМ. Всего в 6 городах было выявлено 1056 лиц с определенными случаями НПНКМ, и стандартизованный по возрасту показатель их распространенности составил 7,3%.

В этой работе впервые при эпидемиологических исследованиях изучена распространенность гипертонических церебральных кризов. Выявлено 249 лиц с гипертоническими церебральными кризами, имевшими место в течение последних 2 лет. Стандартизованный по возрасту показатель распространенности гипертонических церебральных кризов оказался равным 1,8%.

ТИА в анамнезе (регистрировались только случаи в течение последних двух лет) выявлялись значительно реже, чем гипертонические церебральные кризы. Всего был выявлен 141 больной с ТИА. Стандартизованный по возрасту показатель распространенности ТИА составил 1,0%. Среди ТИА преобладали преходящие нарушения мозгового кровообращения в вертебрально-базилярной системе (77% всех случаев).

Инсульт в анамнезе диагностирован у 75 мужчин 20–54 лет, прошедших скрининг. Стандартизованный по возрасту показатель распространенности инсульта оказался равным 0,5%. Распространенность значительно возрастала в старших возрастных группах, составляя 0,7% в группе мужчин 40–49 лет и 2,1% среди мужчин 50–54 лет.

Распространенность “первичной” дисциркуляторной энцефалопатии, т.е. такой, появлению которой не предшествовали ОНМК (инсульт, ТИА, гипертонические церебральные кризы), изучена в популяции мужчин – жителей Москвы (3015 человек в возрасте 20–60 лет). Она оказалась низкой – 0,07%, тогда как “вторичная” дисциркуляторная энцефалопатия, развившаяся у пациентов с ОНМК в анамнезе, диагностирована в 10 раз чаще – у 0,7% обследованных.

Сопоставительный анализ распространенности сосудистых заболеваний мозга в мужской и женской популяциях проведен по данным обследования репрезентативных случайных выборок мужского и женского неорганизованного населения 40–59 лет Москвы и Новосибирска.

Распространенность определенных случаев сосудистой патологии мозга оказалась в Москве у мужчин 15,3%, у женщин – 34,6%. В Новосибирске эти показатели были 16,6 и 46,0% соответственно. Таким образом, установлены сходные соотношения распространенности сосудистых заболеваний мозга у мужчин и женщин, полученные при обследовании разных популяций (Москва и Новосибирск).

Изучение распространенности отдельных форм сосудистых заболеваний мозга в мужской и женской популяциях Москвы и Новосибирска показало, что у женщин в обоих городах значительно чаще по сравнению с мужчинами выявлялись НПНКМ и гипертонические церебральные кризы. В то же время показатели распространенности ТИА и последствий инсульта у мужчин и женщин были сходными. Стандартизованный по возрасту и полу суммарный показатель распространенности ЦВЗ в населении трудоспособного возраста (мужчины и женщины 20–59 лет) оказался равным 20%. В структуре ЦВЗ преобладали НПНКМ и гипертонические церебральные кризы.

Анализ распространенности сосудистых заболеваний мозга и сердца проведен по материалам скрининга

мужчин 20–54 лет в Москве (обследованы 2770 человек). Стандартизованный по возрасту показатель распространенности ИБС составил 3,7%, а сосудистых заболеваний мозга – 7,7%. Распространенность инфаркта миокарда и ОНМК (включая инсульт, ТИА и гипертонические церебральные кризы) в группе мужчин 40–49 лет была 1,5 и 4,2% соответственно, а в группе мужчин 50–54 лет – 2,9 и 6,2%.

Регионарным различиям распространенности ЦВЗ (выше в Сибири по сравнению с европейской частью СССР) соответствовали различия распространенности некоторых факторов риска. Так, артериальная гипертония (АГ) выявлялась в Москве у 20,2% обследованных, а в Новосибирске – у 26,1%. Дислипотеидемии имелись в Москве у 19,2%, а в Новосибирске – у 29,9% обследованных.

НИИ неврологии АМН СССР был организован первый в СССР Регистр инсульта в одном из районов Москвы с населением 209 тыс. человек [10, 11]. В течение 1972–1975 годов было зарегистрировано 2249 случаев инсульта. Среди всех больных лиц в возрасте 60 лет и старше оказалось 75,5%, в то время как эта возрастная группа составляет лишь 12,3% всего населения изучаемого района. В 80% случаев смерти больных проведена аутопсия. От общего числа случаев инсульта в 77% диагностирован инфаркт мозга, в 11,7% – кровоизлияние в мозг, в 2,9% – субарахноидальное кровоизлияние и в 8,4% случаев тип инсульта установлен не был.

Частота развития инсульта (заболеваемость), включая повторные инсульты у одних и тех же больных, колебалась по годам от 2,3 до 2,9 на 1000 жителей (среднегодовой показатель 2,5). Частота инсульта увеличивалась с возрастом – с каждым десятилетием в 3 раза, составляя в возрастной группе 30–39 лет 0,15 на 1000 человек, в 40–49 лет – 0,9 : 1000, в 50–59 лет – 3,3 : 1000, в 60–69 лет – 10,0 : 1000, а в возрастной группе старше 70 лет – 27,7 случаев на 1000 жителей в год. Заболеваемость взрослого населения (20 лет и старше) составила 3,5 на

1000 жителей соответствующего возраста в год.

Показатель смертности от инсульта в острой стадии (21 день от начала заболевания) составил 1,0 на 1000 жителей в год. В остром периоде инсульта умерли 41,9% заболевших (показатель летальности) и еще 12,9% больных умерли к концу 1-го года от начала заболевания. Таким образом, к первому году после инсульта умерли 54,8% заболевших. Летальность в остром периоде значительно отличалась при разных типах инсульта, составляя при геморрагическом инсульте 79,5% и при ишемическом – 28,7%.

К концу первого года полностью независимыми в повседневной жизни были 25,4% больных, перенесших инсульт; среди пациентов трудоспособного возраста таких лиц оказалось 30%. В то же время 5,4% больных инсультом к этому сроку были полностью зависимыми от помощи окружающих. К концу первого года у 41,8% больных оставались двигательные нарушения различной степени выраженности. При этом 83,2% больных могли самостоятельно ходить по квартире, 13,5% при передвижении по квартире требовалась помощь. Утратили способность ходить 3,3% больных. К первому году после инсульта 48,7% больных могли пользоваться городским транспортом без посторонней помощи. Самостоятельно принимали пищу 94,6% больных, могли умываться 87,7%, самостоятельно одеваться – 84%, пользоваться туалетом – 82,1% и пользоваться ванной – 61,8% больных. У 27,9% больных к концу первого года после инсульта сохранялась афазия, которая в большинстве случаев сочеталась с двигательными нарушениями.

В рамках данной программы Регистра проведено семилетнее проспективное наблюдение за 941 из 1538 больных, зарегистрированных в 1972–1974 годах с первичным инсультом и переживших острую стадию заболевания. Кумулятивные показатели летальности, выраженные в процентах к исходному количеству больных (1538 человек), характеризовались следующими цифрами: к 1-му году

умерли 52,0% больных, к 3 годам – 63,6%, к 5 годам – 72,1% и к 7 годам – 76,5% больных. За весь период наблюдения повторный инсульт отмечен у 32% больных. Почти половина всех повторных инсультов произошли в течение первого года наблюдения. Летальность в остром периоде повторного инсульта была в 1,5 раза выше, чем при первом [6].

При методической поддержке НИИ неврологии АМН СССР Регистры инсульта были организованы в одном из районов Ставропольского края, Новосибирске, а в последние годы – в Краснодаре, Орле, Нальчике, Якутске, Вологде, Ульяновске. Проведенные исследования позволили получить новую уникальную информацию об инсульте. Отметим ниже наиболее важные данные.

- Частота всех случаев инсульта составляет 2,5–3,5 на 1000 жителей в год, а частота первичного инсульта – 2,0–2,5 на 1000. Расчеты, базирующиеся на данных регистров, позволяют считать, что в России ежегодно происходит более 400 тыс. инсультов.
- Заболеваемость инсультом значительно увеличивается с возрастом, она выше в мужской популяции по сравнению с женской.
- Смертность при инсульте составляет около 1 на 1000, или 100 на 100 тыс. случаев в год. Выявлены значительные расхождения между данными регистров инсульта и официальной статистикой смертности от ЦВЗ, в материалах которой показатели смертности почти в три раза более высокие.
- Установлена значительная летальность больных инсультом – в острой стадии заболевания она составляет 32–42% и к первому году от момента развития заболевания – 48–63%.
- Имеет место преобладание ишемических инсультов над геморрагическими с соотношением 5 : 1. Однако в этих исследованиях для уточнения типа инсульта практически не использовался метод компьютерной томографии головы, в связи с чем приведенные цифры следует рас-

сматривать лишь как ориентировочные.

- Установлен высокий уровень повторных инсультов – 26–32%, показавший важность, наряду с экстренными мерами по госпитализации и лечению больного с инсультом в специализированном учреждении, как можно более раннего начала вторичной профилактики инсульта.
- Показан незначительный удельный вес “малого” инсульта, на долю которого приходится всего 8–10% от всех случаев заболевания.
- Получены данные о низком уровне госпитализации больных – лишь 40–52%.
- Анализ восстановления нарушенных вследствие инсульта функций показал, что к году с момента развития заболевания полностью зависимы от помощи окружающих 5–13% больных. Возвращаются к работе 23% лиц трудоспособного возраста.

Таким образом, эпидемиологическое исследование инсульта методом Регистра проводится в России с 1972 г. Получены базовые данные о заболеваемости, смертности от инсульта, о межрегиональных различиях этих показателей, а также об их динамике.

В рамках разработки научных основ профилактики сосудистых заболеваний мозга в НИИ неврологии РАМН изучались факторы риска развития инсульта, эффективность контроля артериальной гипертонии, возможность профилактики в группах повышенного риска, цереброваскулярная патология у пациентов с “мягкой” и изолированной систолической АГ, а также методические вопросы организации работы по предупреждению ОНМК. При этом важнейшее значение имели такие достижения ангионеврологии и профилактической медицины, как:

- концепция факторов риска развития заболевания;
- концепция патогенетической гетерогенности инсульта;
- системный подход к разработке стратегий профилактики.

Медицинские аспекты профилактики предполагают выделение в популяции лиц, наиболее угрожаемых в от-

ношении возможности развития у них определенного заболевания (групп риска), с последующим проведением среди них активных профилактических и лечебных мероприятий. Поэтому развитие концепции факторов риска явилось одним из важнейших направлений в разработке научно обоснованных мероприятий по профилактике болезней системы кровообращения.

Термин “факторы риска” объединяет как будто совершенно различные характеристики и состояния. К ним относят курение и нарушения липидного обмена, психологические особенности личности и некоторые заболевания (АГ, ИБС, ТИА). Однако это кажется странным лишь на первый взгляд. J.F. Kurtzke (1984), являющийся авторитетным специалистом в области нейроэпидемиологии, подчеркивает, что, когда говорят о факторах риска, не имеют в виду факторы, являющиеся причиной заболевания или относящиеся к его патогенезу. Факторы риска – это “... математическая абстракция, позволяющая определить различные состояния, ассоциирующиеся с увеличением частоты развития определенного заболевания”.

Мы придерживаемся следующего определения факторов риска: это *различные клинические, биохимические, поведенческие и другие характеристики, свойственные отдельному человеку (и отдельным популяциям), а также внешние воздействия, наличие которых указывает на повышенную вероятность развития определенного заболевания.*

В изучении факторов риска, оценке их значимости и возможности контроля доминирующим является вклад эпидемиологических исследований. Клиницист может обратить внимание, что тот или иной показатель (повышение АД, гиперхолестеринемия, курение, особенности питания и др.) встречается чаще у больных с инсультом, чем у лиц с другой патологией нервной системы. Однако сделать это доказательным и обоснованным в рамках обычной клинической практики невозможно. Ключевыми в этом отношении являются результаты специ-

ально организованного эпидемиологического исследования. Оно включает скрининг открытой популяции, в процессе которого формируются две группы (когорты) лиц без данного заболевания (например, без ОНМК в анамнезе). В одну группу входят обследованные, имеющие изучаемый фактор, в другую – лица, свободные от него. За когортами осуществляется проспективное наблюдение длительностью несколько лет. Предположение о том, что мы имеем дело с фактором риска, становится обоснованным, если устанавливается, что его наличие ассоциируется с большей частотой развития новых случаев данного заболевания. Чрезвычайно важны результаты экспериментально-профилактического исследования, если при его проведении удается показать, что активное воздействие на данный фактор (его контроль) позволяет уменьшить риск развития новых случаев болезни.

Важнейшим фактором риска развития инсульта, ТИА, а также хронических форм сосудистой патологии мозга является АГ. Она имеет значительную распространенность. Проведенный нами скрининг открытой популяции мужчин 40–59 лет показал, что АД 160/95 мм рт. ст. и выше выявляется у 30% мужчин 40–49 лет и у 38% мужчин 50–59 лет. При этом у 65% лиц с АГ давление не превышало 180/105 мм рт. ст. и лишь у 12% оно было 200/115 мм рт. ст. и выше [2].

По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, АГ (изолированная или в сочетании с атеросклерозом) имелись у 78% больных. Причем в ее структуре у больных инсультом значительное место занимала “мягкая” гипертония (АД 140/90–179/104 мм рт. ст. по критериям 1993 г.) – она диагностирована у 61% лиц, перенесших ишемический инсульт, и у 39% лиц с геморрагическим инсультом.

Для оценки значимости отдельных факторов риска развития инсульта нами проведен скрининг открытой популяции мужчин 50–59 лет. Обследование прошли 2401 человек. Длительность проспективного наблюдения за когортой была от 5 до 8 лет. За указан-

ный период умерли 14,7% обследованных. Причиной смерти 34,8% из них была онкологическая патология, 12,7% – инсульт, 11,9% – инфаркт миокарда, 25,4% – другие сердечно-сосудистые причины (сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и др.), 15,2% – внешние причины. Среди всех лиц, получивших за период наблюдения группу инвалидности, в 79,3% случаев она была установлена в связи с заболеваниями системы кровообращения. За время наблюдения зарегистрирован 91 случай инсульта, 120 новых случаев инфаркта миокарда и 41 ТИА.

Новые случаи инсульта значительно чаще возникали у лиц с АГ по сравнению с теми, у кого АД было ниже 160/95 мм рт. ст. (5,9 и 2,4%, $p < 0,001$). Инсульт значительно чаще развивался у лиц с патологией сердца. Так, в группе с инфарктом миокарда в анамнезе новые случаи инсульта отмечались в три раза чаще, чем у мужчин без указанной патологии (10,1 и 3,4% соответственно, $p < 0,01$). Еще более значительными были различия между пациентами с нарушениями ритма сердца и сохранным ритмом (20 и 3,6% соответственно, $p < 0,01$). Инсульт развился у 12,9% пациентов, страдавших перемежающейся хромотой, и у 3,4% лиц без данного заболевания ($p < 0,01$).

Следует отметить, что у 10,9% обследованных, перенесших в дальнейшем инсульт, при первичном скрининге не было оснований для включения в группу риска. У них были нормальные показатели АД, отсутствовали ИБС, синдром перемежающейся хромоты и “церебральные” жалобы, не было отягощенной наследственности. В то же время все они злоупотребляли курением.

Динамика состояния также известна у 133 мужчин 50–59 лет, не имевших ОНМК в анамнезе и прошедших при первичном скрининге гемореологическое обследование, включавшее определение агрегации тромбоцитов, вязкости крови, гематокрита, концентрации фибриногена и др. Получена ассоциация развития новых случаев

инсульта с исходными показателями вязкости крови. У лиц с наиболее высокими ее значениями (верхний квартиль распределения) инсульт развился у 18% обследованных, тогда как у остальных лиц он наблюдался лишь в 3% случаев ($p < 0,01$). Суммарное количество новых случаев инсульта и инфаркта миокарда ассоциировалось как с исходным повышением вязкости крови, так и с повышенной концентрацией фибриногена [1].

Наличие ТИА ассоциируется с высоким риском развития инсульта. Вместе с тем у многих больных с ТИА выявляются и другие существенные факторы риска, такие как АГ, заболевания сердца, сахарный диабет. Высказывается мнение, что прогностическое значение ТИА важно не само по себе, а в связи с тем, что этот клинический синдром позволяет идентифицировать пациентов с “набором” наиболее значимых факторов риска развития инсульта.

Проведенное в Институте неврологии проспективное наблюдение (средняя длительность 6,1 года) за 2256 больными с преходящими нарушениями мозгового кровообращения показало, что инсульт развился у 21,7% пациентов с ТИА. Инсульт в два раза чаще происходил у лиц с патологией сердца, чем у пациентов без таковой (30,5 и 16,8% соответственно). Среди умерших за время наблюдения больных (10,9%) у 48,2% причиной смерти были инфаркт миокарда или острая сердечная недостаточность и у 44,1% – инсульт. Таким образом, было показано, что ТИА являются существенным фактором риска как инсульта, так и инфаркта миокарда [5].

НИИ неврологии РАМН имеет значительный опыт проведения программ профилактики инсульта при АГ. Первое такое исследование осуществлялось в 1971–1976 годах в популяции мужчин 40–49 лет, жителей одного из районов Москвы. Группой вмешательства включала 3695 мужчин (364 из них с АГ). Группой сравнения явились 7126 мужчин того же возраста, не попавших в выборку, среди которых специальная программа профилактики не осуще-

ствлялась. Проведение в этом же районе города Регистра инсульта позволило оценить эффективность контроля АГ. Распространенность ее в популяции мужчин 40–49 лет была 16% (АД 160/95 мм рт. ст. и выше), причем у 70% диагностирована “мягкая” АГ. К концу периода наблюдения в группе активного вмешательства антигипертензивные препараты принимали 83,6% больных АГ, в группе сравнения существенно меньше – 53,8% больных. Профилактическая работа (активное выявление и адекватное лечение больных АГ) за 5 лет дала в группе активного наблюдения снижение частоты новых случаев инсульта на 57% [7].

Программа профилактики ОНМК при АГ на Новолипецком металлургическом комбинате проводилась Институтом неврологии в 1985–1988 годах. Ее особенностью явилось то, что она осуществлялась не группой исследователей, как это практиковалось в большинстве работ по профилактике инсульта, а силами медико-санитарной части предприятия при методической помощи Института. Первичный скрининг по унифицированной программе прошли 27727 человек. АГ выявлена у 3235 из них (11,7%). До этого официально считалось, что распространенность АГ на предприятии составляет всего 2,2%. Среди больных АГ 23% имели дополнительные факторы риска развития инсульта (ИБС, сахарный диабет, отягощенная наследственность и др.). У 43% лиц с АГ выявлен клинический синдром НПНКМ. Активное выявление и лечение больных АГ, осуществлявшееся в течение 4 лет, дало существенные результаты. По сравнению с 1981–1984 годами заболеваемость инсультом на предприятии уменьшилась на 45%, число церебральных гипертонических кризов снизилось на 41%, значительно уменьшились показатели временной нетрудоспособности, связанной с АГ, что дало реальный экономический эффект [4].

Эпидемиологические исследования 1960-х годов явились базой для разработки концепции факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Последующие контроли-

руемые профилактические работы позволили сформулировать стратегические направления предупреждения развития этих болезней.

В 1986 г. Комитет экспертов ВОЗ подтвердил, что в основе развития болезней системы кровообращения лежат факторы, связанные в значительной степени с влиянием окружающих условий и образом жизни населения, многие из которых поддаются коррекции. Был предложен комплексный план предупреждения этих заболеваний, включавший несколько компонентов: популяционную стратегию, стратегию высокого риска и вторичную профилактику.

Популяционная стратегия направлена на коррекцию факторов риска в населении в целом путем изменения образа жизни, условий окружающей среды, включая и социально-экономические показатели. Целью является формирование здорового образа жизни населения и улучшение качественных характеристик окружающей среды. Понятие “здоровый образ жизни” предполагает сбалансированность питания, оптимизацию уровня физической активности, отказ от курения и злоупотребления алкоголем и др. Важнейшим фактором, определяющим уровень здоровья населения, признано состояние окружающей среды (качество воды, содержание токсических продуктов в отходах промышленных предприятий, уровень радиации, безопасность человека на его рабочем месте и т.д.). Объектом вмешательства при популяционной стратегии является население в целом. В ее осуществлении значительно участие различных государственных структур. Необходимо также изменить отношение людей к состоянию их здоровья.

Стратегия высокого риска предполагает предварительное целенаправленное выявление лиц с высоким риском развития определенной патологии с последующим проведением профилактической работы именно среди этого контингента.

Институтом неврологии РАМН выполнено исследование по оценке эффективности предупреждения инсуль-

та в группах повышенного риска [8]. Первичное обследование прошли 2435 мужчин в возрасте 50–59 лет (случайная выборка из открытой мужской популяции данного возраста одного из районов Москвы). Использовались следующие критерии формирования групп повышенного риска развития инсульта:

- стабильная АГ с уровнем АД 180/105 мм рт. ст. и выше, независимо от наличия других факторов риска;
- стабильная АГ с уровнем АД от 160/95 до 179/104 мм рт. ст. в сочетании с одним или несколькими из таких факторов, как ИБС, клинический синдром НПНКМ и отягощенная наследственность;
- сочетание ИБС и НПНКМ при нормальных показателях АД;
- преходящие нарушения мозгового кровообращения – ТИА или церебральные гипертонические кризы.

В целом в группы повышенного риска вошло 620 человек (25,5% обследованных).

В результате 4-летнего проспективного наблюдения получены данные о динамике состояния 1859 мужчин (76% лиц, прошедших первичное обследование). Всего за этот период в когорте произошло 34 новых случая инсульта и 52 инфаркта миокарда. Заболеваемость была значительно выше в группе повышенного риска по сравнению с остальной популяцией. Так, инсульт наблюдался у 2,59 и 1,48% мужчин соответственно, а инфаркт миокарда у 5,0 и 1,8% мужчин соответственно.

В то же время важно отметить, что более половины всех случаев инсульта (55,9%) произошли у лиц, у которых по данным первичного скрининга не было оснований для включения в группы высокого риска. У части из них определялась только “мягкая” АГ или ИБС, отягощенная наследственность или курение.

Проблема предупреждения заболеваний системы кровообращения требует комплексного подхода, включающего как профилактику в группах высокого риска, так и повышение уровня здоровья населения в целом.

Это тем более целесообразно, что ряд факторов риска ОНМК являются общими для широкого круга других заболеваний (например, курение – важнейший фактор риска не только атеросклеротического поражения магистральных артерий головы и ИБС, но также бронхолегочной патологии и рака легкого), что позволяет осуществлять в рамках популяционной стратегии интегральную профилактику основных неинфекционных заболеваний (сосудистых поражений сердца и мозга, онкологической и бронхолегочной патологии, сахарного диабета и др.).

Таким образом, эпидемиологические методы изучения сосудистых поражений мозга не только позволили оценить масштаб этой проблемы, но и явились базой для разработки концепции факторов риска, а также стратегий профилактики нарушений мозго-

вого кровообращения. На их базе сформировалась новая дисциплина – **клиническая эпидемиология**, ставшая основой для так называемой “медицины, основанной на доказательствах”. Дальнейшее развитие исследований по эпидемиологии ЦВЗ предполагает использование методов скрининга популяции и Регистра инсульта для мониторинга эпидемиологической ситуации в различных регионах и, в частности, для оценки эффективности отдельных направлений профилактики ЦВЗ.

Список литературы

1. Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты профилактики острых нарушений мозгового кровообращения: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1994.
2. Варакин Ю.Я. // Неврол. журн. 1996. № 3. С. 11.
3. Варакин Ю.Я. и др. // Журн. невропатол. и психиатр. 1990. № 11. С. 7.
4. Кистенев Б.А. и др. // Сов. медицина. 1987. № 5. С. 52.
5. Моисеев Г.Ф. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (клиническое ретро- и проспективное изучение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1985.
6. Рябова В.С. Инсульт и его последствия (по материалам регистра инсульта): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1985.
7. Смирнов В.Е. и др. // Здоровоохран. РФ. 1980. № 7. С. 32.
8. Смирнов В.Е. и др. // Журн. невропатол. и психиатр. 1988. № 1. С. 49.
9. Шмидт Е.В. и др. Опыт изучения эпидемиологии цереброваскулярных и кардиоваскулярных заболеваний у мужчин старшего возраста // Вопросы эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга / Под ред. Шмидта Е.В. М., 1972. С. 7–26.
10. Шмидт Е.В., Макинский Т.А. // Журн. невропатол. и психиатр. 1979. № 4. С. 427.
11. Шмидт Е.В., Макинский Т.А. // Журн. невропатол. и психиатр. 1979. № 9. С. 1288. ●



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Нервные болезни”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.
Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 44 руб., на один номер – 22 руб.
Подписной индекс 81610.



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Кардиология”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.
Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 44 руб., на один номер – 22 руб.
Подписной индекс 81609.



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.
Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 66 руб., на один номер – 33 руб.
Подписной индекс 81166.