

Эпидемиология и факторы риска инсульта в северо-восточном регионе Республики Азербайджан

Р.Р. Алиев, Р.К. Ширалиева

Азербайджанский Государственный Институт

Усовершенствования Врачей, г. Баку, Азербайджан

Резюме. Цель исследования – изучение 10-летней (1999–2008 гг.) динамики случаев заболеваемости и смертности вследствие церебрального инсульта в северо-восточном регионе Азербайджанской республики. 10-летний хронологический средний уровень первичной заболеваемости инсультом составил $1,2 \pm 0,05\%$, уровень смертности от инсульта – $0,4 \pm 0,03\%$. Среди всех инсультов $67,5 \pm 0,6\%$ приходилось на долю ишемического инсульта, $18,3 \pm 0,5\%$ – геморрагического и $5,3 \pm 0,3\%$ – на субарахноидальные кровоизлияния. В $9,0 \pm 0,4\%$ случаев не удалось уточнить тип инсульта. Установлено, что первичная заболеваемость инсультом в 1999–2008 гг. в регионе характеризуется тенденцией низкого роста заболеваемости. Выживание после инсульта составило в среднем 2,08 года и практически не менялось в 1999–2008 гг. В среднем 1/3 заболевших инсультом умирают в течение года. Показатель годовой летальности в 1999–2008 гг. статистически значимо не менялся и составлял $31,5 \pm 1,7$ – $37,2 \pm 2,2\%$.

Ключевые слова: инсульт, эпидемиология, заболеваемость, смертность, летальность, регистр, динамика, факторы риска.

Острые нарушения мозгового кровообращения являются важнейшей медико-социальной проблемой [2, 4, 5]. Среди причин смерти инсульты занимают II–III место в мире [2]. Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации населения, лишь 20% перенесших его могут вернуться к трудовой деятельности [6].

Цель работы – изучение 10-летней (1999–2008 гг.) динамики случаев заболеваемости и смертности вследствие церебрального инсульта в северо-восточном регионе Азербайджанской Республики, изучение эпидемиологических характеристик мозгового инсульта и выявление ведущих факторов риска с учетом региональных особенностей в Сиязанском районе методом популяционного регистра за 3 года (2007–2009 гг.) и изучение распространенности факторов риска цереброваскулярных заболеваний среди населения северо-восточного региона Азербайджана (2008–2010 гг.).

Материалы и методы

Первый этап исследования. Информация о случаях заболеваемости и смертности вследствие церебрального инсульта в регионе была получена из статистических отделов центральных районных больниц, городских, поселковых, сельских больниц, врачебных

амбулаторий и фельдшер-акушерских пунктов. Информация о численности населения взята из материалов Государственного статистического управления.

Второй этап исследования. Начиная с 2007 года с целью изучения эпидемиологической характеристики и клинических особенностей инсульта под руководством кафедры неврологии Азербайджанского Государственного Института Усовершенствования Врачей им. А. Алиева в нескольких районах Азербайджана начали проводиться регистры инсульта. В 2007–2009 гг. с помощью этой программы были изучены главные тенденции мозгового инсульта в Сиязане. Были оценены такие показатели, как заболеваемость, смертность и летальность при мозговом инсульте. Проанализированы основные факторы риска среди больных инсультом. По данным Статистического Управления района, численность населения в районе на 01.01.2008 г. составляла 37201 человек. 49,16% из них были мужчинами, 50,84% – женщинами. 65,6% населения района проживало в городе, 34,4% – в сельских населенных пунктах.

Третий этап исследования. Ввиду того, что частота встречаемости как первичного, так и повторного инсульта у больных старше 55 лет возрастает в два раза [7, 8, 10], объектом исследования стало население в возрасте 40–49 лет. Исследование проводилось в течение 2008–2010 гг. Во время исследования

определялась распространенность факторов риска цереброваскулярных заболеваний при помощи специальной формы обследования, разработанной кафедрой.

При помощи специально разработанной формы обследования путем целенаправленной выборки (обеспечив репрезентативность), было произведено обследование, охватившее 3% населения в возрасте 40-49 лет (численность населения – 488,741 тыс. чел., население в возрасте 40-49 лет – в среднем 60 тыс. чел. [3]).

При наличии показаний, проводилась проверка достоверности факторов риска, используя лабора-

торно-инструментальные методы и данные медицинской документации.

Статистическая обработка данных проведена с помощью программы Microsoft Office Excel с расчетом случаев первичной заболеваемости на 1000 населения.

Результаты и их обсуждение

В 1999-2008 гг. среднее хронологическое значение 10-летней первичной заболеваемости инсультом головного мозга среди населения Куба-Хачмазского экономического района составило $1,2 \pm 0,05\%$. Самый низкий показатель первичной заболеваемости

инсультом головного мозга по региону отмечен в 2001 году в Сиязаньском районе – $0,8 \pm 0,15\%$, а самый высокий – в 2008 году в Кубинском районе – $1,8 \pm 0,1\%$ ($P < 0,0001$). Самый низкий показатель первичной заболеваемости инсультом головного мозга зарегистрирован в 1999 году – $0,99 \pm 0,05\%$, а самый высокий – в 2008 году $1,47 \pm 0,06\%$ (табл. 1).

В 1999-2008 гг. среднее хронологическое значение 10-летней распространенности инсульта головного мозга среди населения Куба-Хачмазского экономического района составило $2,4 \pm 0,07\%$. Самый низкий показатель распространенности инсульта головного мозга отмечен в 2001 году – $2,14 \pm 0,07\%$, а самый высокий в 2008 году – $3,0 \pm 0,09\%$ ($P < 0,0001$).

Среднее хронологическое значение 10-летней первичной заболеваемости инсультом головного мозга среди женщин составило $1,1 \pm 0,07\%$, а среди мужчин – $1,2 \pm 0,07\%$ ($P > 0,05$). В течение этих лет показатель первичной заболеваемости только в 2000 году статистически достоверно различался между мужчинами и женщинами ($P < 0,05$). Среднее 10-летнее хронологическое значение распространенности инсульта головного мозга среди мужчин и женщин было одинаковым – $2,4 \pm 0,1\%$, и за годы проведения исследования статистически достоверной разницы не было зарегистрировано ($P > 0,05$).

Рассматривая уровень заболеваемости в зависимости от клинической формы инсульта головного мозга, выявлено, что за все годы исследования первичная заболе-

Таблица 1 Первичная заболеваемость инсультом головного мозга и уровень его распространенности в Куба-Хачмазском регионе (1999-2008 гг.)

Годы		Первичная заболеваемость		Распространенность		Выживаемость, годы
		‰	м	‰	м	
1999	о.ч	$0,99 \pm 0,05$	438	$2,18 \pm 0,07$	968	2,21
	м	$1,04 \pm 0,07$	225	$2,16 \pm 0,1$	468	2,08
	ж	$0,93 \pm 0,06^*$	213	$2,19 \pm 0,1^*$	500	2,35
2000	о.ч	$1,05 \pm 0,05$	470	$2,20 \pm 0,07$	988	2,10
	м	$1,15 \pm 0,07$	252	$2,18 \pm 0,1$	478	1,90
	ж	$0,95 \pm 0,07^{**}$	218	$2,21 \pm 0,1^*$	510	2,34
2001	о.ч	$1,04 \pm 0,05$	471	$2,14 \pm 0,07$	970	2,06
	м	$1,10 \pm 0,07$	244	$2,12 \pm 0,1$	469	1,92
	ж	$0,98 \pm 0,07^*$	227	$2,16 \pm 0,1^*$	501	2,21
2002	о.ч	$1,13 \pm 0,05$	516	$2,25 \pm 0,07$	1028	1,99
	м	$1,18 \pm 0,07$	265	$2,30 \pm 0,1$	514	1,94
	ж	$1,08 \pm 0,07^*$	251	$2,21 \pm 0,1^*$	514	2,05
2003	о.ч	$1,22 \pm 0,05$	562	$2,43 \pm 0,07$	1119	1,99
	м	$1,25 \pm 0,08$	281	$2,47 \pm 0,1$	557	1,98
	ж	$1,20 \pm 0,07^*$	281	$2,40 \pm 0,1^*$	562	2,0
2004	о.ч	$1,12 \pm 0,05$	523	$2,34 \pm 0,07$	1089	2,08
	м	$1,20 \pm 0,07$	274	$2,32 \pm 0,1$	530	1,93
	ж	$1,05 \pm 0,07^*$	249	$2,36 \pm 0,1^*$	559	2,25
2005	о.ч	$1,16 \pm 0,05$	547	$2,43 \pm 0,07$	1143	2,09
	м	$1,21 \pm 0,07$	280	$2,42 \pm 0,1$	558	1,99
	ж	$1,12 \pm 0,07^*$	267	$2,44 \pm 0,1^*$	585	2,19
2006	о.ч	$1,16 \pm 0,05$	553	$2,41 \pm 0,07$	1148	2,08
	м	$1,22 \pm 0,07$	287	$2,46 \pm 0,1$	579	2,02
	ж	$1,10 \pm 0,07^*$	266	$2,36 \pm 0,1^*$	569	2,14
2007	о.ч	$1,18 \pm 0,05$	570	$2,54 \pm 0,07$	1226	2,15
	м	$1,21 \pm 0,07$	289	$2,56 \pm 0,1$	610	2,11
	ж	$1,15 \pm 0,07^*$	281	$2,52 \pm 0,1^*$	616	2,19
2008	о.ч	$1,47 \pm 0,06$	714	$3,0 \pm 0,09$	1460	2,05
	м	$1,49 \pm 0,09$	358	$3,05 \pm 0,1$	735	2,05
	ж	$1,45 \pm 0,08^*$	356	$2,95 \pm 0,1^*$	725	2,04

Примечание: 1. о.ч. – общее число, м – мужчины, ж – женщины (здесь и в последующих таблицах); 2. $^*P > 0,05$, $^{**}P < 0,05$; * – разница в зависимости от пола

ваемость ишемическим инсультом была более высокой, чем геморрагическим инсультом и САГ ($P < 0,0001$).

Первичная заболеваемость ишемическим инсультом в 1999-2007 гг. оставалась стабильной ($0,7 \pm 0,04\%$ и $0,8 \pm 0,04\%$), а в 2008 году увеличилась – $1,0 \pm 0,05\%$ ($P < 0,0001$ и $P < 0,05$). Первичная заболеваемость геморрагическим инсультом в 1999-2007 гг. оставалась стабильной – $0,2 \pm 0,02\%$, увеличиваясь в 2008 году, составила $0,3 \pm 0,03\%$ ($P < 0,01$). Первичная заболеваемость САГ за годы исследования хаотично менялась, самый низкий показатель был зарегистрирован в 1999 году – $0,04 \pm 0,01\%$, а самый высокий наблюдался в 2006-2007 гг. – $0,08 \pm 0,01\%$ ($P < 0,01$). По сравнению с предыдущим годом, не было зарегистрировано статистически достоверной разницы между показателями первичной заболеваемости САГ ($P > 0,05$).

Исследуя случаи смертности от инсульта головного мозга, выявлено, что средний 10-летний хронологический уровень этого показателя составил $0,4 \pm 0,03\%$. Среднее значение летальности при инсультах головного мозга составляло

Таблица 2 Показатели смертности и летальности в связи с инсультом в Куба-Хачмазском экономическом районе (1999-2008 гг.)

Группа	Смертность %	Летальность %
1999	$0,32 \pm 0,03$	$32,9 \pm 2,3$
2000	$0,36 \pm 0,03^*$	$34,5 \pm 2,2^*$
2001	$0,39 \pm 0,03^*$	$37,2 \pm 2,2^*$
2002	$0,41 \pm 0,03^*$	$36,2 \pm 2,1^*$
2003	$0,42 \pm 0,03^*$	$34,7 \pm 2,0^*$
2004	$0,40 \pm 0,03^*$	$35,4 \pm 2,1^*$
2005	$0,41 \pm 0,03^*$	$35,1 \pm 2,0^*$
2006	$0,42 \pm 0,03^*$	$36,4 \pm 2,1^*$
2007	$0,42 \pm 0,03^*$	$35,6 \pm 2,0^*$
2008	$0,46 \pm 0,03^*$	$31,5 \pm 1,7^*$

Примечание: * $P > 0,05$; * – разница с предыдущим годом

$35,0 \pm 0,7\%$. В табл. 2 представлены показатели смертности и летальности в связи с инсультом за годы исследования.

Как видно из табл. 2, показатели смертности и летальности, по сравнению с предыдущим годом, статистически достоверно не различались. Уровень смертности был самым высоким в 2008 году, а самым низким – в 1999 году ($P < 0,01$). Самый низкий уровень летальности был зарегистрирован в 2008 году, а самый высокий – в 2001 году ($P < 0,01$).

Согласно программе регистра инсульта, за годы исследования в Сиязаньском районе было зарегистрировано 173 случая инсульта. При этом также были включены случаи повторного инсульта

та у одних и тех же больных. Из них 85 больных ($49,1 \pm 3,8\%$) были мужчинами, а 88 ($50,9 \pm 3,8\%$) – женщинами. За эти годы 3-летний средний уровень эпидемиологических показателей инсульта головного мозга (общая заболеваемость, смертность и летальность) был следующим: общая заболеваемость инсультом – $1,55\%$; общая заболеваемость инсультом среди городского населения – $1,68\%$; общая заболеваемость инсультом среди сельского населения – $1,25\%$; общая заболеваемость инсультом среди мужчин – $1,52\%$; общая заболеваемость инсультом среди женщин – $1,57\%$; первичная заболеваемость инсультом – $1,24\%$; повторная заболеваемость инсультом – $0,29\%$; общая заболеваемость при ишемическом инсульте – $1,18\%$; общая заболеваемость при геморрагическом инсульте – $0,22\%$; смертность – $0,49\%$; летальность – $31,8\%$.

Принимая за стандарт население Сиязаньского района, стандартизированный возрастной показатель заболеваемости среди городского населения составил $1,64 \pm 0,2\%$ (среди мужчин – $1,73 \pm 0,2\%$, среди женщин – $1,58 \pm 0,2\%$), среди сельского населения – $1,31 \pm 0,2\%$ (среди мужчин – $1,16 \pm 0,25\%$, среди женщин – $1,44 \pm 0,27\%$). При сравнении этих показателей статистически достоверной разницы не выявлено. Согласно стандартам, предложенным ВОЗ для 2000-2025 гг., стандартизированный показатель заболеваемости составил $2,0 \pm 0,1\%$ (среди мужчин и женщин, соответственно, $2,0 \pm 0,2\%$ и $1,9 \pm 0,2\%$). Среди городского и сельского населения этот показатель, соответственно, был $2,24 \pm 0,2\%$ и $1,85 \pm 0,2\%$. Стандартизированный показатель смертности составил $0,57 \pm 0,07\%$ (у мужчин – $0,6 \pm 0,1\%$, у женщин – $0,55 \pm 0,1\%$).

Таблица 3 Средний возраст больных в Сиязаньском районе, перенесших инсульт (2007-2009 гг.)

Показатели	Годы			
	2007	2008	2009	2007-2009
Количество больных (n)	52	55	66	173
Средний возраст	$64,8 \pm 1,5$ (42-90)	$64,1 \pm 1,8$ (25-88)	$66,5 \pm 1,4$ (43-91)	$65,2 \pm 0,9$ (25-91)

Примечание: $P > 0,05$; в сравнении друг с другом

В табл. 3 представлен средний возраст больных, перенесших инсульт.

Как видно из табл. 3, средний возраст больных, перенесших инсульт, за годы исследования статистически достоверно не различался.

Средний возраст больных, перенесших инсульт, составил $65,2 \pm 0,9$ лет, что соответствует среднему возрасту 97 больных ишемическим инсультом, получавших стационарное лечение в Баку и выбранных путем случайной выборки – 69 ± 11 [1].

Из заболевших 7 человек ($4,0 \pm 1,5\%$) были молодыми, то есть до 45 лет, а 166 больных ($96,0 \pm 1,5\%$)

являлись пожилыми. Среди молодых больных $42,86 \pm 18,7\%$ были женщинами (3 больные), а $57,14 \pm 18,7\%$ (4 больных) – мужчинами. Среди пожилых $48,8 \pm 3,9\%$ являлись мужчинами (81 больной), $51,2 \pm 3,9\%$ – женщинами (85 больных).

Таблица 4 Удельный вес больных, заболевших инсультом головного мозга, по возрасту и полу (2007-2009 гг.)

Возрастная группа больных	Абсолютное число	Удельный вес $\pm m$; %
20-29	о.ч	3
	м	2
	ж	1
30-39	о.ч	0
40-49	о.ч	12
	м	8
	ж	4
50-59	о.ч	45
	м	30
	ж	15
60-69	о.ч	37
	м	17
	ж	20
70-79	о.ч	63
	м	26
	ж	37
80-89	о.ч	11
	м	3
	ж	8
90<	о.ч	2
	м	0
	ж	2

Примечание: * $P > 0,05$, ** $P < 0,05$, *** $P < 0,0001$; * – в сравнении с предыдущей возрастной группой

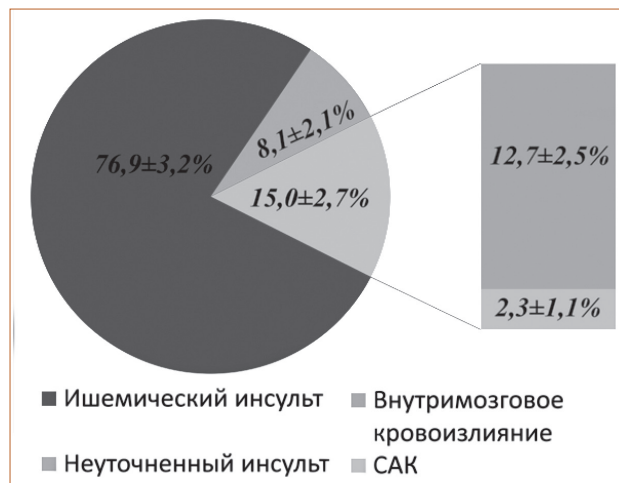
За годы исследования заболевание инсультом чаще наблюдалось у больных в возрастных группах 50-59 и 70-79 лет (табл. 4).

Как видно из табл. 4, в первой возрастной группе заболевшими были в большей степени мужчины, а во второй – женщины, причем уровень заболеваемости статистически достоверно отличался по сравнению с данным показателем среди мужчин и женщин в других возрастных группах ($P < 0,05$). В возрастной группе 30-39 лет случаев заболевания инсультом не было зарегистрировано.

$76,9 \pm 3,2\%$ инсультов составил ишемический инсульт (133 больных), $15,0 \pm 2,7\%$ – геморрагический (26 больных), $12,7 \pm 2,5\%$ – внутримозговое кровоизлияние (22 больных) и $2,3 \pm 1,1\%$ – САГ (4 больных) (рис. 1). У $8,1 \pm 2,1\%$ больных (14 больных) установлен диагноз неподтвержденного инсульта. Соотношение ишемического инсульта к геморрагическому составило 5,1:1. $75,9 \pm 3,7\%$

ишемических инсультов (101 случай) произошло в бассейне сонной артерии, а $21,1 \pm 3,5\%$ (28 случаев) – вертебробазилярной. $3,0 \pm 1,5\%$ ишемических инсультов (4 случая) охватили оба бассейна. $54,5 \pm 5,0\%$ ишемических инсультов в бассейне

Рисунок 1 Удельный вес клинических форм инсульта в Сиязанском районе (2007-2009 гг.)



сонной артерии (55 больных) пришлось на бассейн правой, а $45,5 \pm 5,0\%$ (46 больных) – левой внутренней сонной артерии.

$50,4 \pm 4,3\%$ заболевших ишемическим инсультом (67 больных) были мужчинами, а $49,6 \pm 4,3\%$ (66 больных) – женщинами. Среди больных геморрагическим инсультом $45,5 \pm 10,6\%$ (10 больных) были мужчинами, а $54,5 \pm 10,6\%$ (12 больных) – женщинами. Средний возраст больных при ишемическом инсульте составил 65,8 лет, а при геморрагическом – 56,7 лет. Следовательно, геморрагический инсульт наблюдался в более молодом возрасте, по сравнению с ишемическим.

Среди больных ишемическим инсультом 3 больных ($2,3 \pm 1,3\%$) были молодыми, а 130 больных ($97,7 \pm 1,3\%$) – пожилыми. Среди больных, страдающих геморрагическим инсультом (в том числе, САГ), 4 больных ($15,4 \pm 7,1\%$) были молодыми, а 22 больных ($84,6 \pm 7,1\%$) – пожилыми.

У $3,8 \pm 1,66\%$ больных, перенесших ишемический инсульт, выявлен малый ишемический инсульт. Все эти больные были в возрасте 45-55 лет.

Среди больных инсультом $27,7 \pm 3,4\%$ (48 больных) были сельскими жителями, а $72,25 \pm 3,5\%$ (125 больных) – городскими. $80,9 \pm 3,0\%$ больных (140 человек) имели первичный инсульт, а $19,1 \pm 3,0\%$ больных (33 случая) – повторный. Среди больных, перенесших первичный инсульт, $47,1 \pm 4,2\%$ (66 больных) являлись мужчинами, а $52,9 \pm 4,2\%$ (74 больных) – женщинами. $74,3 \pm 3,7\%$ первичных инсультов (104 случая) были ишемическими, а $16,4 \pm 3,1\%$ (23 случая) – приходилось на долю геморрагических инсультов. У $9,3 \pm 2,5\%$ первичных инсультов (13 случаев) не удалось определить клиническую форму.

Относительно факторов риска, установлено, что у 51 больного (29,5±3,5%) наблюдался 1 фактор риска, у 58 больных (33,5±3,6%) – 2 фактора риска, у 47 больных (27,2±3,4%) – 3 фактора риска, у 14 больных (8,1±2,1%) – 4 и больше факторов риска. У 3 больных (1,7±1,0%) установить наличие факторов риска не удалось. Среди больных, имеющих 1 фактор риска, 52,9±6,99% (27 больных) были женщинами, а 47,1±6,99% (24 больных) – мужчинами. Среди больных, имеющих 2 фактора риска, 60,3±6,4% (35 больных) являлись женщинами, а 39,7±6,4% (23 больных) – мужчинами. Среди больных, имеющих 3 фактора риска, 46,8±7,3% (22 больных) были женщинами, а 53,2±7,3% (25 больных) – мужчинами. Среди больных, имеющих 4 и более факторов риска, 7,1±6,9% (1 больная) была женщиной, а 92,9±6,9% (13 больных) – мужчинами.

88,4±2,4% больных (153 человек) страдали артериальной гипертензией. Среди больных, страдающих артериальной гипертензией, 54,9±4,0% (84 больных) являлись женщинами, а 45,1±4,0% (69 больных) – мужчинами. Во многих зарубежных исследованиях роль артериальной гипертензии, как фактора риска инсультов головного мозга, оценивалась от 32% до 80% [9].

37,0±3,7% больных (64 человека) страдали ишемической болезнью сердца (ИБС), из них у 9,8±2,3% (17 больных) выявлена стенокардия, а у 27,2±3,4% (47 больных) – хроническая ишемическая болезнь (ХИБС) сердца. Среди больных, страдающих ХИБС, у 23,7±3,2% (41 больной) установлен диагноз атеросклеротического кардиосклероза, у 3,5±1,4% (6 больных) – постинфарктного кардиосклероза. Установлено, что ИБС наблюдалась чаще сре-

ди мужчин, чем среди женщин – соответственно, 53,1±6,2% (34 больных) и 46,9±6,2% (30 больных).

Среди больных с заболеваниями сердца у 6,9±1,9% (12 больных) наблюдалась мерцательная аритмия, а у 0,6±0,6% (1 мужчина) – порок сердца. Мерцательная аритмия наблюдалась чаще среди женщин – 75±14,8% (9 больных).

У 19,1±3,0% больных (33 больных) обнаружен сахарный диабет. Среди больных, страдающих инсультом, у 12,7±2,5% больных (22 больных) наблюдалась гиперхолестеринемия, у 9,8±2,3% (17 больных) – острое или хроническое психоэмоциональное напряжение. Среди больных с гиперхолестеринемией 18,2±8,2% (4 больных) были женщинами, а 81,8±8,2% (18 больных) – мужчинами. 64,7±11,6% больных (11 человек), перенесших психоэмоциональное напряжение, были женщинами, а 35,3±11,6% (6 больных) – мужчинами.

У 12,1±2,5% больных (21 больной) в анамнезе наблюдались транзиторные ишемические атаки. Из них 61,9±10,6% (13 больных) были женщинами, а 38,1±10,6% (8 больных) – мужчинами. Касательно вредных привычек, выявлено, что 18,5±3,0% больных инсультом (32 больных) были курильщиками, а 7,5±2,0% (13 больных) – злоупотребляли алкоголем. Все больные, имеющие вредные привычки, были мужчинами.

Среди больных инсультом 31,8±3,5% (55 больных) находились в остром периоде. 32,7±6,3% умерших были сельскими жителями, а 67,3±6,3% – городскими.

Среди 118 выживших больных у 54 (45,8±4,6%) состояние оценивалось как легкая инвалидизация, а у 64 больных (54,2±4,6%) – как тяжелая.

Используя специальную форму обследования,

Таблица 5 Распространенность среди населения факторов риска инсульта головного мозга (2008-2010 гг.)

Факторы риска	m			Удельный вес (p±m; %)		
	о.ч.	м	ж	о.ч.	м	ж
Недостаточная физическая активность	679	287	392	37,3±1,1	32,0±1,6	42,5±1,6***
Психоэмоциональное напряжение	337	143	194	18,5±0,9	15,9±1,2	21,0±1,3**
Инсульт в анамнезе у одного из родителей	333	162	171	18,3±0,9	18,0±1,3	18,5±1,3*
Инсульт в анамнезе у обоих родителей	102	49	53	5,6±0,5	5,5±0,8	5,7±0,8*
Артериальная гипертензия	296	154	142	16,3±0,9	17,2±1,3	15,4±1,2*
Курение	286	282	4	15,7±0,9	31,4±1,6	0,43±0,2***
ИБС	190	103	87	10,4±0,7	11,5±1,1	9,4±0,96*
Ожирение	181	74	107	9,9±0,7	8,2±0,9	11,59±1,1**
Сахарный диабет	98	56	42	5,4±0,5	6,2±0,8	4,6±0,7*
Алкоголь	42	42	0	2,3±0,4	4,7±0,7	0
Инсульт в анамнезе	19	12	7	1,04±0,2	1,34±0,38	0,76±0,29*
ТИА в анамнезе	8	4	4	0,4±0,15	0,45±0,2	0,4±0,2*
Мерцательная аритмия	3	2	1	0,2±0,1	0,2±0,15	0,1±0,1*

Примечание: *P>0,05, **P<0,05, ***P<0,0001; * - разница в зависимости от пола

разработанную кафедрой, в 2008-2010 гг. путем целенаправленной выборки (обеспечивая репрезентативность) было обследовано 3% населения возрастной группы 40-49 лет Куба-Хачмазского экономического района.

В общей сложности в обследовании принял участие 1821 человек. Из них 657 человек (348 женщин, 309 мужчин) были городскими жителями, а 1164 человек (575 женщин, 589 мужчин) – сельскими. Среди участников обследования 923 были женщинами, 898 – мужчинами.

В табл. 5 представлена распространенность среди населения факторов риска инсульта. Среди лиц, участвовавших в обследовании, у 16,3±0,9% (296 больных) артериальное давление было выше нормы – соответственно, у 15,4±1,2% женщин (142 больные) и у 17,2±1,3% мужчин (154 больных).

Выявлено, что 10,4±0,7% населения (190 больных) страдало ИБС (9,4±0,96% женщин и 11,5±1,1% мужчин). Из них у 7,4±1,9% (14 больных) в анамнезе наблюдался острый инфаркт миокарда, 61,6±3,5% (117 больных) страдали стенокардией, а 31,05±3,4% (59 больных) получали лечение по поводу ХИБС.

98 больных (5,4±0,5%) страдали сахарным диабетом. У 6,2±0,8% мужчин (56 больных) и у 4,6±0,7% женщин (42 больные) наблюдался сахарный диабет. При сравнении распространенности сахарного диабета среди мужчин и женщин статистически достоверной разницы не выявлено ($P>0,05$). 4,4±0,5% лиц, участвовавших в обследовании (80 больных), страдали сахарным диабетом II типа, а 1,0±0,2% (18 больных) – I типа.

Фибрилляция предсердий наблюдалась редко – 0,2±0,1% (3 больных). Этот показатель среди мужчин составил 0,2±0,15% (2 больных), а среди женщин – 0,1±0,1% (1 больная).

15,7±0,9% лиц, принявших участие в обследовании (286 больных), были курильщиками. Из них 98,6±0,7% являлись мужчинами. 31,4±1,6% мужчин, принявших участие в обследовании (282 больных), были курильщиками. Этот показатель среди женщин составил 0,43±0,2% (4 больных).

Выявлено, что 18,5±0,9% населения (337 больных) перенесло психоэмоциональное напряжение за последние годы. 21,0±1,3% женщин (194 больных) и 15,9±1,2% мужчин (143 больных) подверглись психоэмоциональному напряжению. Как выявлено, психоэмоциональное напряжение чаще наблюдалось у женщин, по сравнению с мужчинами ($P<0,01$). Из них 53,1±2,7% (179 больных) перенесли острое психоэмоциональное напряжение, а 46,9±2,7% (158 больных) – хроническое. 38,1±3,5% женщин с психоэмоциональным напряжением (74 больные) перенесли острый стресс, а 61,9±3,5% (120 больных) – хронический. У мужчин этот показатель составил, соот-

ветственно, 73,4±3,7% (105 больных) и 26,6±3,7% (38 больных).

2,3±0,4% больных, принявших участие в обследовании (42 больных), принимали алкоголь в дозе 3 раза в день и больше, или 20 раз в неделю и больше. Все они были мужчинами. Злоупотребление алкоголем среди мужчин составило 4,7±0,7% (42 больных).

19 больных (1,04±0,2%) получали лечение по поводу инсульта головного мозга, подтвержденного медицинской документацией. 0,76±0,29% женщин (7 больных) и 1,34±0,38% мужчин (12 больных) перенесли инсульт головного мозга. 0,2±0,1% больных, принявших участие в обследовании (4 больных), получали лечение с диагнозом транзиторной ишемической атаки (ТИА), подтвержденной медицинской документацией. Однако за время обследования еще у 4 больных в анамнезе выявлена когда-то перенесенная транзиторная ишемическая атака. Встречаемость ТИА среди мужчин и женщин была одинаковой.

При расчете индекса массы тела установлено, что у 9,0±0,7% больных, принявших участие в обследовании (164 больных), выявлен дефицит массы тела, у 42,0±1,2% (765 больных) – нормальная масса тела, у 39,1±1,1% (711 больных) – излишняя масса тела, у 9,9±0,7% (181 больной) – ожирение. У 8,45±0,9% женщин (78 больных) наблюдался дефицит массы тела, у 47,89±1,6% (442 больных) – излишняя масса тела, у 11,59±1,1% (107 больных) – ожирение, а у 32,07±1,5% (296 больных) масса тела была нормальной. 9,6±1,0% мужчин (86 больных) страдали дефицитом массы тела, 30,0±1,5% (269 больных) – излишней массой тела, 8,2±0,9% (74 больных) – ожирением, а у 52,2±1,7% (469 больных) масса тела была нормальной. Как видно, ожирение среди женщин наблюдалось чаще, чем среди мужчин ($P<0,05$).

37,3±1,1% обследованных (679 больных) вели сидячий образ жизни, не занимаясь дозированной физической активностью, а 62,7±1,1% (1142 больных) вели активный образ жизни с той или иной степенью физической нагрузки. 57,5±1,6% женщин (531 больная) и 68,0±1,9% мужчин (611 больных) вели физически активный образ жизни ($P<0,0001$). 76,4±1,3% сельского населения (889 больных) и 38,5±1,9% городского населения (253 больных) занимались дозированной физической активностью.

У 333 больных (18,3±0,9%) в анамнезе у одного из родителей отмечался инсульт (или ТИА). Из них у 56,8±2,7% (189 больных) инсультом страдал отец, а у 43,2±2,7% (144 больных) – мать. У 5,6±0,5% обследованных (102 больных) наблюдался инсульт в анамнезе у обоих родителей.

У 8,4±0,7% обследованных (153 больных) не выявлен какой-либо фактор риска инсульта. У 35,9±1,1% (654 больных) обнаружен 1 фактор риска, у 27,5±1,05% (501 больной) – 2 фактора риска,

у $23,4 \pm 0,99\%$ (426 больных) – 3 фактора риска, у $3,6 \pm 0,44\%$ (66 больных) – 4 фактора риска, а у $1,2 \pm 0,26\%$ (21 больной) – 5 и более факторов риска.

Во время исследования установлено, что самый распространенный фактор риска – недостаточная физическая активность ($37,3 \pm 1,1\%$). Выявлено, что мужчины ведут физически более активный образ жизни ($68,0 \pm 1,9\%$), по сравнению с женщинами ($57,5 \pm 1,6\%$) ($P < 0,0001$). Среди сельского населения лиц, ведущих активный образ жизни, больше ($76,4 \pm 1,3\%$), чем среди городских жителей ($38,5 \pm 1,9\%$) ($P < 0,0001$). Злоупотребление алкоголем и курение чаще встречаются среди мужчин. Злоупотребление алкоголем среди женщин не наблюдалось, а курение встречалось с очень низкой частотой – $0,43 \pm 0,2\%$. Ввиду того, что отсутствие на должном уровне профилактического лечения ИБС, артериальной гипертензии, сахарного диабета, мерцательной аритмии для профилактики цереброваскулярных осложнений приводит к увеличению встречаемости цереброваскулярных заболеваний, возникает необходимость в улучшении мероприятий по выявлению и диспансерному учету этой категории больных.

Таким образом, полученные результаты указывают на необходимость проведения новых исследований в этой области, расширения профилактических мер, проведения просветительных мероприятий с целью увеличения знаний населения о факторах риска цереброваскулярных заболеваний и способах их коррекции.

Список использованной литературы

1. Алекперова С.П. Динамика клинико-неврологических нарушений и социально-бытовой адаптации у больных, перенесших ишемический инсульт // Здоровье, 2005, №5. С. 79-86.
2. Гехт А.Б. Лечение больных инсультом в восстановительном периоде / Consilium-Medicum. – 2000. – Том 2, №12. – С. 521-525.
3. Государственный Статистический Комитет Азербайджанской Республики. Перепись населения Азербайджанской Республики 2009 г., I часть. (на азерб. языке) . – Баку. – 2010. – 566 с.
4. Котова Е.Ю. Клинико-эпидемиологическая характеристика, ведущие факторы риска, характер течения инсульта в г. Ульяновске (по данным Регистра инсульта): Автореферат дис. ... канд. мед. наук. . – Москва, 2009. – 26 с.
5. Суслина З.А., Гераскина Л.А., Фоякин А.В. Артериальная гипертензия, сосудистая патология мозга и антигипертензивное лечение. Москва: Медиаграфикс. – 2006. – 200 с.
6. Яхно Н.Н., Валенкова В.А. О состоянии медицинской помощи больным с нарушением мозгового кровообращения // Неврол. журнал. – 1999. – № 4. – С. 44-45.
7. American Academy of Neurology. Continuum / Acute stroke management. – April 2003. – Vol.9. – №2. – P. 53-68.
8. Brown R.D., Whisnant J.P., Sicks J.D., O'Fallon W.M. Stroke incidence, prevalence and survival: secular trends in Rochester, Minnesota // Stroke. – 1996. – Vol. 27. – P. 373-380.
9. Hu G., Sarti C., Jousilahti P. et al.: The impact of history of hypertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality // Stroke. – 2005. – Vol. 36. P. 2538-2543.
10. Wolf P.A., D'Agostino R.B., O'Neal M.A., Sytkowski P., Kase C.S., Belanger A.J., Kannel W.B. Secular trends in stroke incidence and mortality: the Framingham Study. – Stroke. – 1992. – №23. – P. 1551-1555.

EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS OF STROKE IN THE NORTH EASTEN REGION OF AZERBAIJAN REPUBLIC

R.R. Aliyev, R.K. Shiraliyeva

Summary

The research objective consisted in studying 10-year (1999-2008) dynamics of incidence and mortality rate of stroke in the northeast region of Azerbaijan.

All cases of stroke in the region have been retrospectively studied. The 10-year chronological average level of incidence of stroke was $1.2 \pm 0.05\%$, the mortality rate from a stroke was $0.4 \pm 0.03\%$. Among all strokes, $67.5 \pm 0.6\%$ was ischemic stroke, $18.3 \pm 0.5\%$ was hemorrhagic stroke and $5.3 \pm 0.3\%$ subarachnoid hemorrhage. It was not possible to specify the type of stroke in $9.0 \pm 0.4\%$ of cases. A trend towards lower incidence of a stroke in the region in 1999-2008 was noted. Survival after the stroke has averaged 2.08 years and didn't change significantly in 1999-2008. On average, $1/3$ patients with stroke die within a year. The indicator of annual mortality in 1999-2008 showed no statistically significant changes, with interval 31.5 ± 1.7 - $37.2 \pm 2.2\%$.

Keywords: stroke, epidemiology, incidence, mortality, lethality, registr, dynamics, risk factors.