

I.M. Горбась, д.м.н., завідувач відділу популяційних досліджень ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» АМН України, м. Київ

# Фактори ризику мозкового інсульту: поширеність, динаміка, контроль

Несприятлива демографічна ситуація в Україні продовжує погіршуватися. Постійне зростання загальної смертності населення, зниження очікуваної тривалості життя викликає серйозну тривогу. За даними офіційної статистики, за останні 25 років поширеність серцево-судинних захворювань серед населення нашої країни зросла в 3 рази, а рівень смертності від них – на 45%. За той же період розповсюдженість цереброваскулярних захворювань зросла у 5,5 разу. Причиною кожного п'ятого випадку смерті у структурі хвороб системи кровообігу є судинні ураження головного мозку (рис. 1).

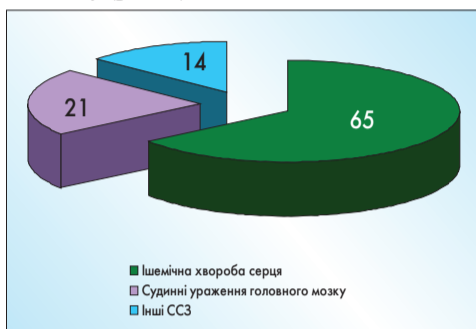


Рис. 1. Структура смертності від серцево-судинних захворювань (%)

У наш час існує чимало наукових доказів того, що виявлення і корекція основних чинників, які підвищують ризик захворювання, зумовлює значне зменшення частоти його нових випадків, ускладнень і кількості смертей від нього. Для проведення конкретних та ефективних превентивних заходів серед населення необхідно мати повну й достовірну інформацію щодо поширеності факторів ризику в популяції. Епідеміологічні дослідження, які ми проводимо, дозволяють оцінити масштаби проблеми і визначити пріоритети дій для медичної науки і практики.

За результатами проведеного нами 20-річного проспективного спостереження серед осіб з чотирма факторами ризику рівень смертності від усіх причин утричі більший, ніж серед тих людей, які не мали на період обстеження жодного з факторів ризику. З їх кількістю зростає питома вага померлих від серцево-судинних захворювань: за відсутності чинників ризику від цієї патології помирає кожний четвертий, у той час як наявність чотирьох факторів ризику хвороби системи кровообігу є причиною смерті у трьох із чотирьох померлих [3].

Найбільшу взаємопов'язаність факторів ризику визначають серед осіб, померлих від мозкового інсульту: поєднання трьох факторів ризику реєстрували у 45% чоловіків і 41% жінок.

Ми визначили фактори ризику, наявність яких в українській популяції асоціюється з найвищим рівнем смертності від мозкового інсульту. Серед обстежених з одним ізольованим фактором ризику найвищий її рівень реєструють в осіб з артеріальною гіпертензією (АГ). За наявності двох факторів ризику найбільш несприятливими щодо смертності від судинних уражень головного мозку є поєднання АГ і куріння, а також АГ та ожиріння. Причому приєднання до АГ куріння або ожиріння у півтора раза збільшує рівень смертності населення. За наявності трьох факторів ризику найбільш несприятливим стосовно смертності є поєднання АГ з будь-яким порушенням ліпідного обміну та курінням. Приєднання до АГ дисліпідемії та куріння втричі збільшує рівень смертності населення.

Померлі від мозкового інсульту на момент обстеження мали вірогідно вищі рівні

систоличного та діастолічного артеріального тиску, індексу маси тіла і загального холестерину. Вони довше й інтенсивніше курили порівняно з тими, хто вижив. Це зумовлено більшою поширеністю в цій групі таких факторів ризику, як АГ (81% порівняно з тими, хто вижив – 34%), ожиріння (31 та 13%) і куріння (55 та 32%). Висока частота факторів ризику в цій групі поєднувалася з їх асоційованістю: лише 0,9% померлих від мозкового інсульту не мали чинників ризику на момент обстеження, у той час як комбінацію трьох і більше факторів ризику реєстрували у 55% (для порівняння: у тих, хто вижив, – 12 та 17% відповідно). Розрахунок атрибутивного ризику показав, що внесок систолічного артеріального тиску в рівень смертності від мозкового інсульту становить 63%, куріння – 56%, діастолічного артеріального тиску – 44%, надлишкової маси тіла – 22%, загального холестерину – 15% [5] (рис. 2).

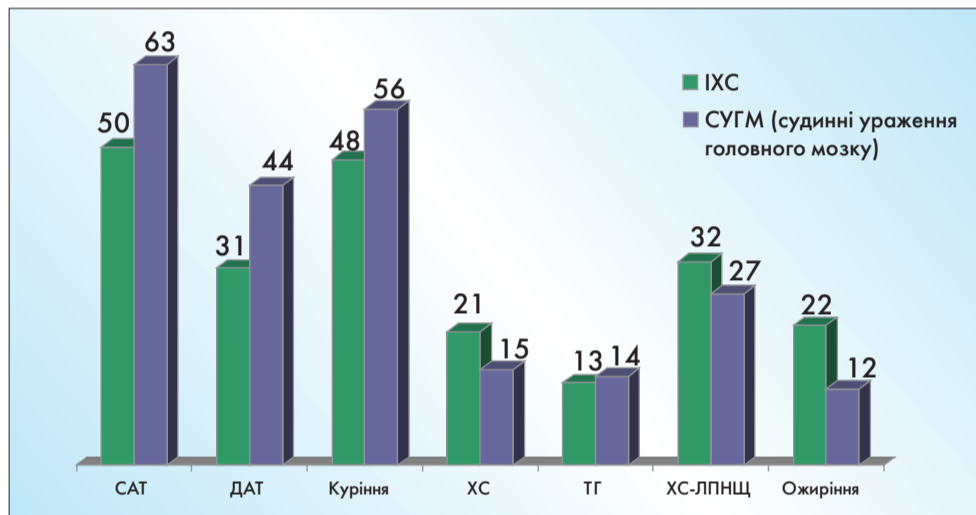


Рис. 2. Внесок факторів ризику в рівень смертності від ішемічної хвороби серця і судинних уражень головного мозку (%)

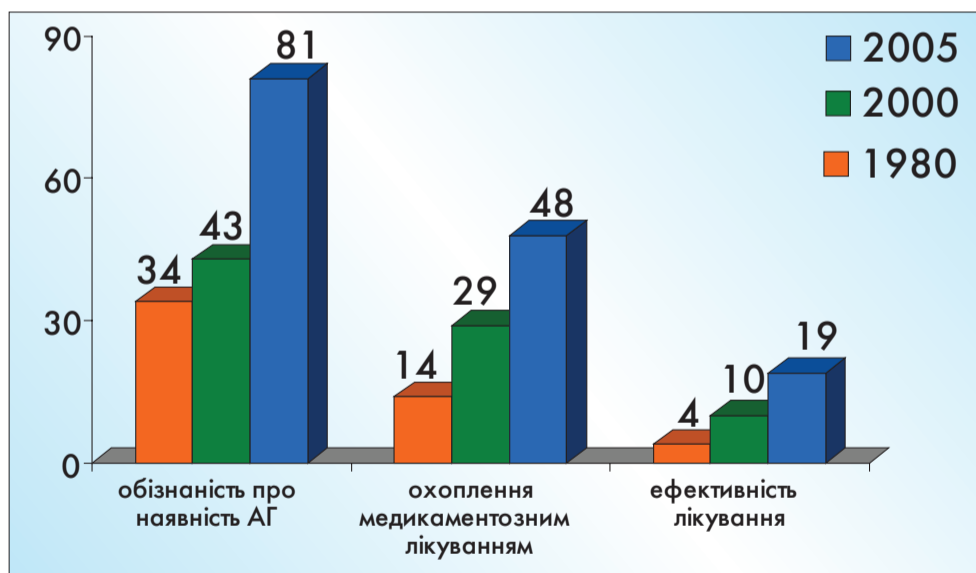


Рис. 3. Динаміка показників контролю АГ у популяції (%)

Отже, одним із провідних чинників ризику мозкового інсульту є АГ. За результатами проведених нами досліджень, її визначають майже у третини міського населення (29%), частіше серед чоловіків. Так, навіть у молодому віці (25-34 роки) підвищення артеріального тиску виявляють у кожного шостого чоловіка, у наступній віковій декаді (35-44 роки) – уже в кожного третього, а в 45-54 роки – у кожного другого. Серед жінок віком 25-34 роки АГ діагностують у кожної двадцятої, у подальшому динаміка її поширеності аналогічна такій у чоловічій популяції.

У структурі домінує АГ 1 ступеня, питома вага якої становить 50%. АГ 2 ступеня реєструють у кожного третього хворого, а 3 ступеня – у 17% осіб з підвищеним артеріальним тиском.

Як свідчить аналіз розподілу АГ за формами, незалежно від статі найбільш поширеною є змішана форма (68%), причому частота її зростає з віком. Поширеність ізольованої систолічної форми становить 17%, а діастолічної – 15%.

Моніторинг епідеміологічної ситуації протягом 25 років свідчить про те, що поширеність АГ в чоловічій популяції зросла на 9% за рахунок збільшення середнього рівня систолічного артеріального тиску на 4 мм рт. ст., а діастолічного – на 1 мм рт. ст. Серед жінок поширеність цього чинника ризику залишилася на тому ж рівні, хоча середні рівні артеріального тиску знизилися відповідно на 3 і 4 мм рт. ст.

Майже не змінилась і структура АГ залежно від рівня артеріального тиску, у той час як у питомій вазі окремих форм АГ виявлено істотні зміни: за рахунок зменшення у популяції частоти ізольованої діастолічної форми на 11% визначається



I.M. Горбась

змішаною формою середня тривалість періоду від дати обстеження до смерті менша в середньому на 2 роки, ніж серед хворих з ізольованою діастолічною, і на 3 роки, ніж серед осіб з ізольованою систолічною формою [4].

Контроль АГ у популяції вважається одним із провідних напрямів у системі лікувально-профілактичних заходів щодо серцево-судинних захворювань.

На цей час у нашій країні і за кордоном накопичено значний обсяг наукових даних про підвищений артеріальний тиск і шляхи його контролю. У США після впровадження державних програм, спрямованих на поліпшення якості контролю АГ, вдалося втричі (від 10 до 34%) збільшити кількість хворих з цільовими значеннями артеріального тиску [11].

Серед міських жителів 81% хворих (58% чоловіків і 88% жінок) знають про підвищення у них артеріального тиску, приймають антигіпертензивні засоби 48% осіб (36% чоловіків і 56% жінок), а ефективність лікування становить лише 19% (9% серед чоловіків і 25% серед жінок). З віком поступово зростає обізнаність хворих про наявність у них АГ й охоплення медикаментозним лікуванням, у той час як ефективність лікування залишається майже незмінною. Ситуація щодо контролю АГ більш несприятлива у чоловіків: серед них менше обізнаних про наявність у них підвищеного артеріального тиску, більший відсоток охоплених медикаментозним лікуванням і більш низька його ефективність. Вищі показники контролю АГ у жіночій популяції порівняно з чоловічою зумовлені тим, що жінки більше уваги приділяють своєму здоров'ю і ретельніше виконують призначення лікаря.

Протягом 25 років ситуація щодо контролю АГ у популяції істотно поліпшилася (рис. 3), хоча оптимальних результатів ще не досягнуто. В інших країнах невисока ефективність антигіпертензивного лікування також залишається основною з невирішених проблем контролю АГ серед населення: у Великобританії ефективно лікуються лише 8-11% хворих, у Росії – 5-7% чоловіків і 17,5% жінок, у Китаї – 8,1% [7, 14, 16].

Серед факторів ризику, що потенційно модифікуються, одне з провідних місць посідають надлишкова маса тіла й ожиріння. Чимало проспективних досліджень установили незалежний внесок надмірної маси тіла в рівні захворюваності та смертності від мозкового інсульту [15, 17, 18].

За нашими даними, кожний п'ятий випадок смерті від мозкового інсульту в чоловіків і кожний другий у жінок пов'язаний з ожирінням. В осіб з надлишковою масою тіла АГ визначають у 2,6 разу, а за наявності ожиріння – майже в 4 рази частіше, ніж серед осіб з нормальною масою тіла. Стандартизований за віком показник поширеності надлишкової маси тіла становить 33% серед чоловіків і 27% серед жінок. З віком незалежно від статі частота цього показника зростає. Крім того, кожний восьмий чоловік і кожна п'ята жінка, які проживають у міській місцевості, страждають на ожиріння.



Отже, проблеми з вагою мають більше половини дорослого населення України незалежно від статі, причому поширеність ожиріння серед жінок у 1,7 рази вища, ніж серед чоловіків.

Слід зазначити, що надлишкова маса тіла, особливо ожиріння, надзвичайно важко піддається контролю на популяційному рівні. Разом з тим протягом 25-річного періоду спостереження розповсюдженість надлишкової маси тіла в чоловічій популяції істотно зменшилась, а частота ожиріння майже не змінилася. У жіночій популяції реєструють позитивні зміни щодо обох показників (рис. 4).

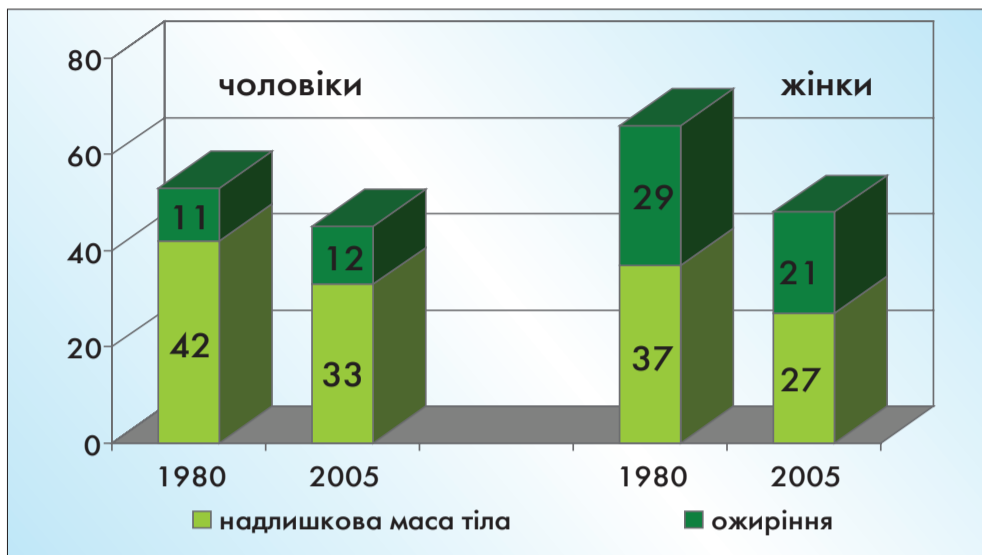


Рис. 4. Динаміка поширеності надлишкової маси тіла та ожиріння у популяції (%)

У наш час існують найбільш переконливі докази зв'язку мозкового інсульту з курінням. Неприятливий вплив куріння на ризик субарахноїдального крововиливу не залежить від віку, статі та регіону проживання [8, 9].

В Україні серед факторів ризику, які аналізують, куріння найбільш поширене у чоловіків (45%) і найменше у жінок (16%). З віком серед чоловіків поширеність цієї шкідливої звички істотно зменшується: від 52% у 18-24 роки до 31% у 55-64 роки переважно внаслідок погіршення стану здоров'я та виникнення захворювань. Серед жінок найбільшу розповсюдженість куріння (28%) відзначають у віковій групі 25-34 роки, а в подальшому частота його також зменшується.

За даними 25-річного моніторингу епідеміологічної ситуації серед чоловіків, поширеність цієї шкідливої звички істотно зменшилася (від 50 до 45%). При цьому середня кількість викурених щодня цигарок залишається незмінною і досить високою (15,3±0,4 циг/день). Серед жінок протягом періоду спостереження розповсюдженість куріння зросла від 7 до 16%, причому поширення цієї шкідливої звички реєструють в усіх вікових групах. Жінки щодня викурюють удвічі менше цигарок, ніж чоловіки, а саме 8,4±0,5 циг/день.

Незважаючи на невеликий порівняно з іншими показник поширеності, проблема куріння жінок в Україні набуває своєї актуальності внаслідок швидкого зростання розповсюдженості та впливу на виникнення серцево-судинних захворювань.

Проведені епідеміологічні дослідження стосовно наявності зв'язку між порушеннями ліпідного обміну та ризиком мозкового інсульту досить суперечливі [10, 13].

За нашими даними, серед осіб з нормальними значеннями загального холестерину (<5,2 ммоль/л) АГ діагностують у кожного четвертого (26%), серед осіб з рівнем цього показника від 5,2 до 6,2 ммоль/л – у кожного третього (34%), а серед обстежених з вираженою гіперхолестеринемією (≥6,2 ммоль/л) – у кожного другого (55%). Аналогічну залежність встановлюють і між рівнем тригліцеридів та частотою АГ. Останню реєструють удвічі частіше серед осіб з вираженою гіпертригліцеридемією (≥2,3 ммоль/л), ніж серед обстежених з нормальними значеннями цього показника (<1,7 ммоль/л).

За результатами проведеного нами дослідження, існує висока поширеність гіперхолестеринемії серед населення: відповідних профілактичних втручань потребують 37% чоловіків і 50% жінок, причому в 17% чоловіків і 31% жінок рівень загального холестерину в крові коливається в межах від 5,2 до 6,2 ммоль/л, а у кожного п'ятого обстеженого незалежно від статі (20% чоловіків і 19% жінок) його вміст дорівнює або перевищує 6,2 ммоль/л. З віком в осіб обох статей частота гіперхолестеринемії поступово зростає; у віковій групі 55-64 роки цей чинник ризику виявляють у 4 рази частіше, ніж серед осіб віком 18-24 роки.

Середній рівень загального холестерину в крові в українській популяції досить високий, він становить 5,2±0,05 ммоль/л у чоловіків і 5,4±0,04 ммоль/л у жінок.

Розповсюдженість гіпертригліцеридемії дещо менша порівняно з гіперхолестеринемією, але кожний четвертий чоловік і майже кожна п'ята жінка потребують превентивних заходів, спрямованих на зниження рівня тригліцеридів у крові. Стандартизований за віком показник частоти цього чинника ризику становить 28% серед чоловіків і 18% серед жінок, причому в 17% чоловіків і 12% жінок рівень тригліцеридів у крові коливається в межах від 1,7 до 2,3 ммоль/л, а відповідно в 11 і 6% осіб визначають високий його вміст (≥2,3 ммоль/л). Частота гіпертригліцеридемії з віком поступово зростає як у чоловіків, так і в жінок, причому серед останніх пріоритет цього показника значно більший: якщо у чоловіків віком 55-64 роки поширеність цього фактора ризику майже в 3 рази перевищує таку у 18-24 роки, то в жінок відповідних вікових груп – у 10,5 разу.

Протягом 25 років, на жаль, реєструють негативні зміни середньопопуляційних рівнів ліпідних показників як серед чоловіків, так і серед жінок, причому серед останніх більш виражені. Зростання вмісту загального холестерину супроводжує істотне зменшення середніх значень холестерину ліпопротеїдів високої щільності. Таким чином, ліпідний профіль у популяції набуває більшої атерогенності.

Одним з найпоширеніших факторів ризику в популяції є недостатня фізична активність. Більше третини (37%) чоловіків і майже половина (48%) жінок ведуть малорухомий спосіб життя.

З віком поширеність гіподинамії дещо зростає, але не істотно. Навіть у молодому віці (18-24 роки) рівень фізичної активності кожного четвертого чоловіка і другої жінки визначають як недостатній. Дослідженнями виведено, що кількість смертельних та не смертельних випадків мозкового інсульту серед осіб, які ведуть малорухомий спосіб життя, у 3 рази більша порівняно з фізично активними [12].

На жаль, протягом 25-річного періоду спостереження частота гіподинамії у популяції збільшилася вдвічі серед чоловіків і в 1,5 разу серед жінок.

За результатами проведеного епідеміологічного дослідження, 92% чоловіків і 89% жінок вживають алкогольні напої. Навіть за наявності підвищеного артеріального тиску ці показники залишаються незмінними (92 та 84% відповідно).

Численними дослідженнями остаточно доведена висока ефективність таких профілактичних немедикаментозних заходів, як нормалізація маси тіла у разі її надлишку, зменшення вживання кухонної солі, обмеження вживання насичених жирів, алкогольних напоїв, відмова від куріння та підвищення рівня фізичної активності.

Однак згідно з даними проведеного нами опитування рекомендації від дільничних або сімейних лікарів стосовно зменшення маси тіла отримують тільки 7,2% пацієнтів, а щодо відмови від куріння – 17,0% чоловіків і 10,3% жінок. Поради щодо обмеження в харчовому раціоні кухонної солі отримують лише 6,9% осіб з підвищеним артеріальним тиском, стосовно обмеження жирів – 10,6% опитуваних, а з приводу зменшення алкогольних напоїв – 1,7% осіб; у 3,1% випадків дільничні лікарі радять пацієнтам підвищити рівень фізичної активності.

Таким чином, проведене дослідження показало, що серед населення значно поширені основні чинники ризику мозкового інсульту. Істотний дефіцит знань щодо його причин і наслідків в осіб з чинниками ризику не дозволяє очікувати серед них ні формування досить міцної мотивації до їх контролю, ні тим більше усвідомлених зусиль з профілактики захворювання і ведення здорового способу життя. Необхідна організація і проведення максимально широкій інформаційній кампанії з питань серцево-судинних і в тому числі цереброваскулярних захворювань. Її провідними учасниками мають бути засоби масової інформації. За даними проведеного нами опитування, джерелами інформації з питань здоров'я для 57% населення є телевізійні передачі, для 34% – газетні публікації, для 30% – публікації в журналах і для 13% – радіопередачі. Слід зазначити, що 15% опитаних дістають таку інформацію з мережі Інтернет.

Разом з тим не можна недооцінювати роль первинних структур охорони здоров'я. Дуже важливо, щоб «знеособлена» інформація, яка йде до людини через газету, радіо або телепередачу, була підкріплена персонально адресованою і конкретно сформульованою порадою медичного працівника. Лікар має розповісти хворому про важливість проведення лікування, дотримання режиму приймання лікарських засобів, наслідки самовільного припинення терапії; переконати у необхідності зміни способу життя з метою доведення до мінімуму впливу виявлених факторів ризику. Більшість відвідувачів поліклінік висловлюють бажання одержувати інформацію про здоров'я, засоби його збереження і зміцнення від лікарів, які, на жаль, недостатньо використовують ресурс контакту і спілкування з пацієнтами для проведення детального і повного профілактичного консультування, хоча одержана від лікаря інформація користується у населення найбільшою довірою [2].

Стан справ, пов'язаний з корекцією факторів ризику, також заслуговує незадоволеної оцінки внаслідок поверхового ставлення лікарів до проблеми їх контролю, нерозуміння важливих принципів профілактики, а інколи і небажання додержуватися їх. Серед радників з питань здорового способу життя медичні працівники знаходяться на другій сходинці (17%) – між членами сім'ї (50%) та друзями (11%).

У наш час розвивається нова медична спеціальність – загальна лікарська практика або сімейна медицина. Профілактика захворювань і навчання пацієнта – основа цієї спеціальності. Сімейний лікар має унікальну можливість коригувати фактори ризику пацієнтів за допомогою медикаментозних і немедикаментозних втручань. Однак ставлення більшості медичних працівників до профілактики, заходів зі зміни способу життя залишається скептичним,

а їх ефективність береться під сумнів. Так, 56% опитаних лікарів вважають, що результати профілактики незначні та не виправдовують затрачених зусиль [6]. Медичні працівники недостатньо інформовані про критерії і методи корекції факторів ризику розвитку [1].

Вирішення проблеми профілактики судинних уражень головного мозку можливе через створення так званого інформаційного поля або через відповідний інформаційний вплив у трьох напрямках: на медичних працівників первинних структур охорони здоров'я шляхом різних методів удосконалення переддипломної підготовки і післядипломної освіти, на осіб з факторами ризику за допомогою антигіпертензивних центрів, шкіл та клубів і на населення в цілому через засоби масової інформації.

Досвід країн, що домоглися значного зниження смертності населення, свідчить, що профілактичні втручання, спрямовані на корекцію факторів ризику, необхідні як у людей без клінічних ознак захворювання, щоб попередити його розвиток (первинна профілактика), так і у хворих з метою попередження його прогресування (вторинна профілактика). В останньому випадку корекція чинників ризику має бути більш агресивною, але в обох випадках необхідна зміна поведінки і додержання принципів здорового способу життя.

#### Література

- Еганян Р.А., Ошепкова Е.В., Шатерникова И.Н. и соавт. Информированность врачей первичного звена здравоохранения в области профилактики артериальной гипертензии и факторов риска ее развития // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. – 3. – 6-10.
- Калинина А.М., Шатерникова И.Н., Еганян Р.А. и др. Маркетинг медицинских профилактических услуг в территориальной поликлинике крупного города // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2005. – 2. – 3-8.
- Кваша О.О. Популяционная оценка внеску факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в смертность за данными 20-летнего проспективного исследования. – Автореф. докт. дис. – 2008. – 1-40.
- Кваша О.О., Малащук О.В. До проблеми вторинної профілактики артеріальної гіпертензії. Охорона здоров'я України. – 2005. – 3-4. – с. 36-40.
- Кваша Е.А., Малащук О.В. Прогностическая значимость некоторых факторов риска для смертности от инсульта (данные 20-летнего проспективного наблюдения). Материалы I национального конгресса «Инсульт та судинно-мозкові захворювання». – 2006. – 75.
- Фролова Е.В., Кузнецова О.Ю., Плавинский С.Л. Еще раз о профилактике // Российский семейный врач. – 2002. – 3. – 45-52.
- Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертензии в России. Информированность, лечение, контроль. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – 2. – с. 9-15.
- Шутов А.А., Байдина Т.В. Атеротромботический ишемический инсульт и курение. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2006. – 2. – 26-29.
- Anderson C.S., Feigin V., Bennett D. et al. Active and passive smoking and risk of subarachnoid hemorrhage: an international population – based case-control study. Stroke. – 2004. – 35. – 633-637.
- Bowman T.S., Sesso H.D., Gaziano J.M. Effect of age on blood pressure parameters and risk of cardiovascular death in men. American Journal of Hypertension. – 2006. – 19. – 47-52.
- Chobanian A., Bakris G., Black H. et al. and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. – JAMA. – 2003. – 289. – p. 2560-2572.
- Emberson J.R., Whicup P.H., Morris R.W. et al. Lifestyle and cardiovascular disease in middle-aged British men: the effect of adjusting for within-person variation. European Heart Journal. – 2005. – 26. – 1774-1782.
- Feigin V.L., Rinkel G.J.L., Lawes M.M. et al. Risk factors for subarachnoid hemorrhage. An updated systematic review of epidemiological studies. – Stroke. – 2005. – 36. – 2773-2782.
- Gu D., Reynolds K., Wu X. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in China. Hypertension. – 2002. – 40. – P. 920-927.
- Nyholm M., Merlo J., Rastam L., Lindblad U. Overweight and all-cause mortality in a Swedish rural population: Skaraborg Hypertension and Diabetes Project. Scandinavian Journal of Public Health. – 2005. – 33. – 478-486.
- Primates P., Brookes M., Poulter N.R. et al. Improved hypertension management and control: results from the health survey for England 1998. Hypertension. – 2001. – 38. – P. 827-832.
- Suk S.H., Sacco R.L., Boden-Albala B. et al. Abdominal obesity and risk of ischemic stroke: the Northern Manhattan Stroke Study. – 2003. – 34. – 1586-1592.
- Wagner M., Roebers S., Breckenkamp J. et al. Changes in the perception of risk factors for stroke in the German population: experience from two representative surveys 1995-1996 and 2000-2001. – Deutsche Medizinische Wochenschrift. – 2006. – 131. – 314-318.