

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И МОЗГОВЫЕ ИНСУЛЬТЫ

А.С. Галявич, Э.М. Галеева

Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. А.С. Галявич) Казанского государственного медицинского университета

Цереброваскулярные заболевания являются второй причиной смерти населения в мире. Ежегодно от мозгового инсульта (МИ) погибают около 5 млн человек. 15 млн человек ежегодно переносят нефатальный МИ [7, 13]. Данные 2001 г. подтверждают, что Российская Федерация (РФ) является лидером в мире по показателям общей смертности (2544 на 100 тысяч населения), смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (1168 на 100 тысяч населения), от ИБС (638 на 100 тысяч населения), от МИ (356 на 100 тысяч населения). По этим показателям РФ далеко опережает такие страны, как США, Великобритания, Франция, Германия [14].

В структуре причин общей смертности и инвалидизации населения Республики Татарстан (РТ) на долю болезней системы кровообращения приходится 57,7% (в РФ — 53,5%), первичной инвалидности — 38,5%, случаев временной утраты трудоспособности — 6,4%. В РТ более 360 тысяч человек имеют то или иное заболевание сердечно-сосудистой системы, более 30 тысяч состоят на диспансерном учете по поводу различных форм ИБС, около 80 тысяч — по поводу гипертонической болезни (ГБ). Более 3 тысяч человек в год переносят инфаркт миокарда. Кроме того, в год происходит около 5 тысяч МИ. По этому показателю РТ является лидером в РФ [4].

Впервые на связь высокого АД с МИ обратили внимание Гассе и Келликер. В 1846 г. они дали описание нарушений стенок сосудов головного мозга, разрывы которых приводят к мозговым кровоизлияниям. Гассе первым отметил связь кровоизлияний в головной мозг с повышенным кровяным давлением [цит. по 3].

Между возникновением первого МИ и уровнем АД установлена прямая зависимость [10]. При этом уровень АД является фактором риска развития МИ

как у лиц с артериальной гипертензией (АГ), так и у лиц с нормальным АД. В РФ ежегодно происходит около 450 тысяч МИ [2]. В США ежегодно отмечается более 700 тысяч МИ [8, 14]. Экономические затраты на диагностику, лечение и последующую реабилитацию больных после МИ составляют более 51 млрд долларов в год [6]. Несмотря на то что имеются определенные успехи в лечении МИ в острой стадии (например, применение тканевого активатора плазминогена), оптимальным подходом к снижению заболеваемости и смертности от МИ остается его профилактика [12]. Такая установка в решении данной проблемы весьма актуальна, так как заболеваемость МИ не только не снижается, но даже увеличивается [9, 11].

Совет по инсультам Американской ассоциации сердца в 2001 г. после тщательного анализа накопленных за последние два десятилетия фактов предложил выделить так называемые немодифицируемые, т.е. неизменяемые, и модифицируемые факторы риска развития МИ [15] (табл. 1). К первым относятся возраст, раса, пол, семейный анамнез МИ/транзиторной ишемической атаки, ко вторым — АГ, курение, сахарный диабет, бессимптомный стеноз сонных артерий, серповидноклеточная анемия, гиперлипидемия, фибрилляция предсердий (неклапанная). К менее доказанным модифицируемым факторам риска относят ожирение, малоподвижный образ жизни, злоупотребление алкоголем, гипергомоцистинемию, гиперкоагуляционные состояния, применение пероральных контрацептивов [15]. Модифицируемых факторов риска достаточно много, однако значимость их различна. Так, относительный риск развития инсульта при наличии АГ равен 4,0, сахарного диабета — 1,8—6,0, гиперлипидемии — 1,8—2,6, фибрилляции предсердий — 4,0. Кроме того, важное значение при оценке факторов риска имеет их распространенность (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность модифицируемых факторов риска МИ и относительный риск его развития [модифицировано по 16]		
Факторы	Распространенность	Относительный риск
АГ	у 34% населения 40—49 лет	4,0
	у 50% мужчин 50—59 лет	3,0
	у 56% женщин 50—59 лет	
Курение	у 25%	1,8
Сахарный диабет	у 20%	1,8—6
Бессимптомный стеноз сонных артерий	у 2—8%	2,0
Гиперлипидемия	у 25% мужчин 55 лет	1,8—2,6
	у 40% женщин 65 лет	
Фибрилляция предсердий (неклапанная)	у 0,5% в возрасте 50—59 лет	4,0
	у 1,8% в возрасте 60—69 лет	2,6

Наиболее распространенным фактором риска МИ является АГ при самом высоком относительном риске развития до 4,0. У лиц с высоким АД МИ возникает в 7 раз чаще. В РФ выявлена высокая распространенность АГ среди трудоспособного населения (у 34%) [5]. У больных АГ в возрасте до 40 лет средняя продолжительность предстоящей жизни сокращается на 6 лет.

Таким образом, профилактика МИ в первую очередь должна быть направлена на АГ. Сегодня имеется достаточное количество антигипертензивных средств для контроля высокого АД [1]. В ряде стран в последние 15—20 лет на государственном уровне начали проводить профилактические мероприятия, направленные на активное выявление и лечение больных АГ, что оказало заметное влияние на снижение смертности от сер-

дечно-сосудистых заболеваний. Так, осуществление 20-летней программы в США привело к снижению смертности от нарушения мозгового кровообращения на 56%, а от ИБС — на 40% [16].

Другим аспектом взаимоотношения АГ и МИ является повторный МИ. Среди выживших после первого МИ вероятность развития его повторно достаточно высока: в течение 5 лет — у одного из 6 больных [13]. Наибольшее значение при этом придается недостаточному контролю АД (неадекватное лечение больных с высоким АД или отсутствие такового).

В связи с недостаточной изученностью течения АГ после перенесенного МИ нами было предпринято соответствующее исследование.

Под нашим наблюдением находились 162 человека в возрасте от 30 до 65 лет (71 женщина и 91 мужчина) с ГБ различной выраженности по классификации ВОЗ/МОГ 1999 г. [17], перенесшие МИ. Кроме общеклинического и лабораторно-инструментального обследования, у больных изучали следующие параметры: 1) регулярность антигипертензивного лечения (регулярность, нерегулярность, отсутствие лечения) до МИ и после него; 2) самоконтроль уровня АД (регулярность измерения, нерегулярность, отсутствие измерения) до МИ и после него (табл. 2, 3).

Представленные данные свидетельствуют о том, что при I степени повышения АД (до 159/99 мм Hg) до возникновения МИ пациенты (как мужчины, так и женщины) не измеряют АД и не принимают антигипертензивных средств. Пунктуальными в этом отноше-

Таблица 2

Регулярность антигипертензивного лечения больных ГБ до и после МИ (в %)

Степень АГ	Лечение до МИ			Лечение после МИ		
	регулярное	нерегулярное	нет	регулярное	нерегулярное	нет
1-я	—	2,2	6,6	8,8	10,9	4,4
	—	5,6	1,4	7	9,8	2,8
2-я	3,3	27,5	10,9	17,6	17,6	1,1
	1,4	19,7	7	16,9	14,1	5,6
3-я	4,4	34,1	10,9	13,2	25,3	4,4
	7	49,3	8,4	28,2	14,1	1,4

Примечание. В числителе — показатели мужчин с ГБ, в знаменателе — показатели женщин с ГБ. То же в табл. 3.

Таблица 3

Регулярность самоконтроля уровня АД у больных ГБ до и после МИ (в %)

Степень АГ	Контроль АД до МИ			Контроль АД после МИ		
	регулярный	нерегулярный	нет	регулярный	нерегулярный	нет
1-я	—	3,3	5,5	8,8	10,9	3,3
	—	4,2	2,8	8,4	5,6	4,2
2-я	3,3	20,9	17,6	17,6	15,4	4,4
	5,6	7	15,5	16,9	9,8	12,7
3-я	4,4	29,7	15,4	14,3	15,4	9,9
	5,6	35,2	23,9	26,7	11,3	4,2

нии были только 8% больных с АГ. 23,5% больных с АГ до развития МИ не соблюдали никаких предписаний врача независимо от уровня АД. Возникновение МИ у больных с АГ приводит к увеличению числа больных (до 45,1%), регулярно принимающих антигипертензивные средства, однако 9,9% больных (10,9% мужчин, 8,4% женщин) даже после МИ игнорируют все назначения врача независимо от уровня АД. Регулярный самоконтроль уровня АД проводят только 9,2% больных. Больше трети больных (39,5%) до возникновения МИ не измеряют АД независимо от его уровня. Развитие МИ у больных с АГ приводит к увеличению числа больных (до 45,7%), самостоятельно контролирующих АД. Однако несмотря на МИ в анамнезе 19,1% больных с АГ не измеряют свое АД: при выраженной АГ — 7,4% (9,9% мужчин и 4,2% женщин), при мягкой АГ — 3,7% (3,3% мужчин и 4,2% женщин).

Следовательно, усилия органов здравоохранения и средств медико-санитарного просвещения необходимо направить на профилактику первичного и вторичного МИ среди населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галявич А.С. Диагностика и лечение артериальных гипертензий. — Казань, 2000.
2. Карпов Ю.А. // Рус. мед. журн. — 2001. — № 13—14. — С. 3—6.
3. Миртовский Н.В. Нарушения мозгового кровообращения. — М., 1958.
4. Состояние здоровья населения РТ в 2000 г. Государственный доклад. — Казань, 2001.
5. Федеральная целевая программа "Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации". — М., 2001.
6. American Heart Association. /Economic Cost of Cardiovascular Diseases. 2000.

7. Bonita R. // Lancet. — 1992. — Vol. 339. — P. 342—344.

8. Broderick J., Brott T., Kothari R. // Stroke. 1998. — Vol. 29. — P. 415—421.

9. Brown R.D., Whisnant J.P., Sicks J.D. et. al // Stroke. — 1996. — Vol. 27. — P. 373—380.

10. Eastern Stroke and Coronary Heart Disease Collaborative Research Group. Blood Pressure, cholesterol and stroke in Eastern Asia. // Lancet. — 1998. — Vol. 352. — P. 1801—1807.

11. Gillum R.F., Sempos C.T. // Stroke. — 1997. — Vol. 28. — P. 1527—1529.

12. Gorelick P.B. // Arch. Neurol. — 1995. — Vol. 52. — P. 347—355.

13. Hankey G., Warlow C. // Lancet. — 1999. — Vol. 354. — P. 1457—1463.

14. 2001 Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, Texas: American Heart Association. — 2000.

15. Primary Prevention of Ischemic Stroke. A Statement for Healthcare Professionals From the Stroke Council of the American Heart Association // Circulation. — 2001. — Vol. 103. — P. 163—182.

16. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No. 98—4080, 1997.

17. World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension // J. of Hypertension. — 1999. — Vol. 17. — P. 151—183.

Поступила 10.01.02.

ARTERIAL HYPERTENSION AND STROKES

A.S. Galyavich, Z.M. Galeeva

Summary

Among 162 patients aged 30 to 65 with arterial hypertension the regular self-control of arterial hypertension is carried out only by 9,2% patients prior the stroke. Near a quarter of patients with arterial hypertension up to stroke does not take antihypertensive agents independent on the level of arterial pressure. Development of stroke results in the increase of the rate of regular self-control of arterial pressure up to 45,7% of cases and regular taking of antihypertensive agents — only up to 45,1% of cases.