

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
КИЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
імені П.Л. ШУПИКА**

Коленко Оксана Іванівна

УДК 616.831-005.1-036.22(477.52)

**ЕПІДЕМІОЛОГІЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ
ЗА ДАНИМИ РЕГІСТРУ У МІСТІ СУМАХ
(ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ І КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)**

14.01.15. – нервові хвороби

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ - 2005

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України та Сумському державному університеті Міністерства освіти і науки України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Мищенко Тамара**

Сергіївна, Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України, керівник відділу судинної патології
головного мозку

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Зозуля Іван Савович**, Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, завідувач кафедри медицини невідкладних станів

доктор медичних наук, професор **Грицай Наталія Миколаївна**, Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, завідувач кафедри нервових хвороб та нейрохірургії

Провідна установа: Інститут геронтології АМН України

Захист відбудеться "26" січня 2006р. о 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.01 Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий "18" грудня 2005 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

Каліщук-Слободін Т.М.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Судинні захворювання головного мозку є однією з найбільш важливих і складних проблем клінічної медицини, що обумовлено їх значною поширеністю, високою інвалідністю і смертністю. Особливе місце займають мозкові інсульти (МІ), які щорічно вражають до 10 млн. чоловік і забирають життя приблизно у 6 – 7 млн. Значна частина хворих, що вижили, стають інвалідами (Головченко Ю.І. і співавт., 2001; Ткаченко Е.В., 2001; Григорова И.А. и соавт., 2002; Шкробот С.І. і співавт., 2002; Крыжановский Г.Н., Карабань И.Н. и др., 2002; Віничук С.М., 2003; Руденко А.Ю. і співавт., 2003; Козьолкін О.А. та співавт., 2003; Западнюк Б.В., 2003; Кушнір Г.М. и соавт., 2004; Поліщук М.Є., 2004; Зозуля І.С., Боброва В.І. та ін., 2005; Мищенко Т.С., 2005; Carolei et al., 2002; Bogousslavsky J., 2004).

Особливо актуальна ця проблема в Україні, де показники захворюваності як цереброваскулярними захворюваннями (ЦВЗ), так і МІ перевищують показники розвинутих країн, а смертність від них у структурі загальної смертності займає друге місце (Волошин П.В., Мищенко Т.С., 2002; Кузнецова С.М., Ена Л.М. и др., 2004).

Масова профілактика порушень мозкового кровообігу може істотно зменшити захворюваність, інвалідність і смертність від цієї важкої патології, для цього необхідна наукова обґрунтованість профілактичних заходів, що базується на даних епідеміологічних досліджень, аналізі факторів, що сприяють їхньому виникненню (Скворцова В.И., 2001; Грицай Н.Н. и соавт., 2002; Смоланка В.І., 2002; Гусев Е.И. и соавт., 2003; Евтушенко С.К. и соавт., 2003).

Практично в усіх розвинутих країнах проводилися і проводяться поглиблені епідеміологічні дослідження за програмою реєстру під егідою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), дослідження в рамках міжнародної програми “МОНІКА” та “СІНДІ”. Їх ефективність доведена на прикладі зниження захворюваності і смертності від МІ за рахунок контролю над провідними модифікованими факторами ризику (Верецагин Н.В., Варакин Ю.Я., 2001; Фейгин В.Л., Никитин Ю.П., Виберс Д.О., 2001; Дзяк Л.А. и соавт., 2004; Григорова И.А., 2005; Thorvaldsen P. et al., 1997; Ingall T. et al., 2000).

Результати проведених у даний час реєстрів дають інформативну картину основних епідеміологічних характеристик МІ, їх динаміку у досліджуваному регіоні з урахуванням віку, статі, термінів госпіталізації та якості медичної допомоги, інших факторів, що впливають на кінець захворювання.

Фрагментарні дослідження, що мали місце, показали поліморфізм ситуації в Україні та не завжди відповідали міжнародним стандартам. Вітчизняна статистика не аналізує тип інсульту, фактори ризику (ФР) його виникнення, у тому числі стать і вік, безпосередні причини смерті, що створює певні труднощі у плануванні адекватної лікувально - профілактичної допомоги населенню, робить неможливим зіставлення показників різних регіонів країни, а також з показниками інших

держав. Спостерігаються певні регіональні особливості поширеності цереброваскулярної патології, які характеризуються загальною тенденцією до підвищення смертності від ЦВЗ із Північно-Західного регіону на північний схід країни. Існують області, де протягом тривалого часу реєструються найвищі показники смертності від усіх причин, у тому числі й від серцево-судинних захворювань (Пашковський В.М., 1997; Сіренко Ю.М. і співавт., 2004). До цього списку внесена і Сумська область, що визначило необхідність проведення саме тут епідеміологічних досліджень з урахуванням регіональних особливостей ФР, особливостей клінічного перебігу гострого періоду МІ. В останні роки в деяких областях стали проводитися реєстри, які є єдиним стандартизованим методом вивчення епідеміології МІ (Чмир Г.С., 2002; Міщенко Т.С., Здесенко І.В., Коленко О.І. та інш., 2005), що допоможе виявити закономірності виникнення і розвитку захворювання і внести вклад у розв'язання проблеми боротьби з МІ в масштабах країни.

Таким чином, вивчення епідеміології порушень мозкового кровообігу і розроблення стратегії їх профілактики – першочергова національна задача системи охорони здоров'я. Для отримання точних показників захворюваності і смертності, визначення ФР його розвитку, що дозволить визначитись з необхідним обсягом лікувальних і профілактичних заходів у певному контингенті хворих. Це можливе лише з використанням методу реєстру.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано у відповідності до теми науково-дослідної роботи Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України „Вивчити епідеміологію поширеності, захворюваності та смертності від мозкового інсульту в Україні” (№ держреєстрації 0102 У 005142, шифр АМН 9.02.П).

Мета дослідження. Підвищити ефективність профілактики, діагностики, лікування мозкових інсультів шляхом вивчення істинних показників захворюваності, смертності та летальності від цієї патології, типів інсультів, структури факторів ризику їх виникнення, а також особливостей клінічного перебігу і структурно-морфологічних змін речовини мозку у хворих з фатальним і нефатальним МІ у Північному регіоні України на моделі м. Сум.

Задачі дослідження.

1. Вивчити захворюваність на різні типи МІ у м. Сумах з використанням методу реєстру.
2. Вивчити смертність і летальність від МІ у м. Сумах в залежності від його типу з використанням методу реєстру.
3. Вивчити структуру ФР МІ у обстежених хворих залежно від його типу.
4. Вивчити особливості клінічного перебігу, структурні зміни головного мозку і дані лабораторних досліджень у хворих з фатальним і нефатальним МІ.
5. На підставі отриманих результатів розробити рекомендації щодо профілактичних заходів, спрямованих на зниження захворюваності і смертності від МІ в цьому регіоні.

Об'єкт дослідження. Мозковий інсульт.

Предмет дослідження. Захворюваність, смертність, летальність, фактори ризику МІ, клінічні прояви, особливості перебігу і структурні зміни головного мозку при МІ.

Методи дослідження. 1. Епідеміологічний. 2. Загально-клінічне і клініко-неврологічне обстеження хворих. 3. Нейровізуалізаційний метод дослідження (комп'ютерна томографія головного мозку). 4. Клініко-лабораторне дослідження. 5. Патоморфологічний. 6. Статистичний аналіз.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше в Україні проведене поглиблене, строго стандартизоване епідеміологічне дослідження – реєстр мозкового інсульту. За єдиною програмою проведене вивчення захворюваності, смертності та летальності від МІ в залежності від його типу, а також віку і статі хворих в обстеженій популяції (Північний регіон України – м. Суми), яке дало можливість отримати точні епідеміологічні дані, що необхідно для планування адекватної лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Визначено розповсюдженість основних ФР МІ та їх поєднання, які впливають на виникнення і перебіг цього захворювання в залежності від його типу в дослідженій популяції. Реєстр дозволив оцінити якість надання медичної допомоги: визначити відсоток хворих, що отримали невідкладну допомогу протягом перших шести годин від початку захворювання, а також причини пізньої госпіталізації в профільні стаціонари.

Виявлено особливості клінічного перебігу найгострішого і гострого періодів фатального і нефатального МІ, структура летальних кінців, роль інтра- та екстрацеребральних ускладнень.

Практичне значення отриманих результатів. Виявлені особливості епідеміології й основні ФР розвитку порушень мозкового кровообігу в м. Сумах, які покладено в основу розроблення заходів щодо профілактики МІ в регіоні.

Проаналізовано якість надання медичної допомоги хворим МІ. Встановлені причини летальних випадків.

Вивчено клінічні особливості фатального і нефатального МІ, доведено необхідність ранньої профілактики соматичних ускладнень.

У результаті проведеного реєстру МІ у 2001-2002 рр. у м. Сумах і на підставі отриманих даних розроблено і впроваджено профілактичні заходи, спрямовані на зниження захворюваності та смертності від МІ, підвищення якості діагностики і лікування хворих з урахуванням його типу.

Результати дослідження впроваджені в практику неврологічних відділень лікувальних закладів у м. Сумах і Сумській області, лікарень міст Івано-Франківська, Черкас, Луцька, у педагогічному процесі кафедри нейрохірургії та неврології, кафедри терапії медичного факультету Сумського державного університету, у т.ч. у підготовці інтернів спеціальності “Сімейна медицина”, що підтверджено відповідними актами. Отримані результати можуть використовуватись у подальших поглиблених наукових дослідженнях.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням автора. На підставі проведеного патентно-інформаційного пошуку та вивчення матеріалів літератури, автором визначено актуальність теми роботи, сформульовані мета та завдання дослідження.

Особисто проведені епідеміологічні дослідження з детальним аналізом отриманих даних, клініко-неврологічне обстеження хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні в лікарнях міста. Дисертант брала участь у проведенні лабораторних, комп'ютерно-томографічних, морфологічних досліджень. Самостійно проведений детальний статистичний аналіз і узагальнення клінічних, інструментальних і лабораторних даних. Написані всі розділи, сформульовано основні висновки і положення роботи, що виносяться на захист. Самостійно оформлена дисертаційна робота та автореферат, підготовлені до друку наукові статті.

Апробація результатів дисертації. Основні положення і результати досліджень обговорені на наукових засіданнях кафедри нейрохірургії та неврології медичного факультету Сумського державного університету, науково-практичних конференціях неврологів Сумської області і м. Сум (2001-2004 рр.), II Національному конгресі неврологів, психіатрів і наркологів України (Харків, 2002 р.), VI і VII Міжнародних конгресах студентів і молодих учених (Тернопіль, 2002 р., 2003 р.), I Всеукраїнській науково - практичній конференції студентів і молодих учених „Актуальні питання сучасної неврології” (Луганськ, 2003 р.), IV Міжнародній конференції студентів і молодих учених „Медицина-здоров'я XXI сторіччя” (Дніпропетровськ, 2003 р.), Всеукраїнській науково-практичній конференції „Актуальні питання теоретичної та практичної медицини” (Суми, 2002 р.), II Республіканській науково-практичній конференції студентів і молодих учених „Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини” (Суми, 2003 р.), III Всеукраїнській науково-практичній конференції викладачів, студентів і молодих учених „Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини” (Суми, 2004 р.), науково-практичній конференції з міжнародною участю „Діагностика, лікування, профілактика гострих та хронічних порушень мозкового кровообігу” (Харків, 2005 р.), Пленумах і конференціях науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України (Донецьк - Харків, 2005 р.; Луганськ, 2005 р.), Міжнародній науково-практичній конференції студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів „Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини” (Суми, 2005 р.).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 20 наукових праць, з них 15 одноосібно. Із них 9 статей у виданнях, ліцензованих ВАК України, 11 – у матеріалах наукових конференцій і конгресів.

Структура та обсяг дисертації. Основний зміст дисертації викладено на 146 сторінках машинопису, складається із вступу, огляду літератури, 5-ти розділів особистих досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку літератури,

що містить 324 джерела (з них 185 – кирилицею, 139 – латиницею), додатка. Дисертація проілюстрована 23 таблицями, 18 малюнками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал і методи дослідження. Для вивчення основних тенденцій МІ в 2001-2002 рр. у м. Сумах було проведено стандартизоване епідеміологічне дослідження – реєстр мозкового інсульту. Відповідно до рекомендацій ВООЗ був розроблений уніфікований протокол дослідження. За єдиною програмою проведено вивчення захворюваності, смертності, летальності, структури мозкового інсульту, ФР його розвитку залежно від віку, статі хворих - постійних жителів м. Сум.

Використано базову схему проведення реєстру, яка затверджена центральним відділом реєстру і яка включала реєстрацію усіх випадків мозкового інсульту в місті. Основні епідеміологічні характеристики інсульту – захворюваність, смертність, летальність розраховували з використанням формул відповідно до рекомендацій для проведення реєстрів (Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я., 2001; Thorvaldsen et al., 1997). Для порівняльної оцінки проаналізовані офіційні статистичні дані міського відділу “МЕДСТАТ”.

Діагноз МІ базувався на стандартних критеріях, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Класифікували МІ залежно від типу: інфаркт мозку (ІМ), геморагічний інсульт (ГІ), неуточнений інсульт.

Можливі ФР розвитку мозкової катастрофи досліджували суцільним методом в осіб, що перебували на стаціонарному лікуванні в лікувально-профілактичних установах міста з приводу даної патології з 1 січня 2001 р. по 31 грудня 2002 р. і внесених до реєстру. З 886 хворих у гострому періоді МІ були 444 (50,1%) чоловіки і 442 (49,8%) жінки. Особи молодші 60 років склали 36,9% (середній вік $50,8 \pm 0,3$), 63,1% - старші 60 років (середній вік $68,7 \pm 0,3$). Хворим цієї групи було проведено максимально можливе комплексне клініко-неврологічне обстеження з подальшим детальним аналізом медичної документації (історій хвороби, амбулаторних карт, протоколів комп'ютерної томографії головного мозку, патологоанатомічного розтину). Програма обстеження передбачала визначення таких показників, як стать, вік, наявність артеріальної гіпертензії (АГ), гіперхолестеринемії (ГХС), захворювань серця, цукрового діабету (ЦД), перенесених транзиторних ішемічних нападів, перенесеного раніше інсульту, психоемоційної напруги (гострої або хронічної), обтяжливого спадково-сімейного анамнезу, шкідливих звичок та ін.

З метою виявлення основних факторів, що впливають на перебіг і кінець МІ, ступеня їх значущості проведено обстеження 232 хворих у найгострішому і гострому періодах МІ, що перебували в неврологічному відділенні 4-й міської клінічної лікарні м. Сум. Серед них було 176 померлих протягом 28 діб з моменту початку захворювання (група фатального ішемічного і геморагічного інсультів) і 56 хворих з успішним кінцем гострого періоду ішемічного і

геморагічного процесів. Групи були порівнянні за основними параметрами – віком, статтю, ФР, супутньою патологією.

Комплексне клініко-неврологічне обстеження проводили з використанням традиційних тестів, застосуванням шкали ком Глазго, Скандинавської шкали інсультів, критеріїв, рекомендованих А.М. Коноваловим. Стан вітальних функцій контролювався шляхом їх моніторингу з обов'язковою консультацією терапевта, за наявності показань – кардіолога, нейрохірурга, судинного хірурга. Досліджувалося очне дно. За показаннями проводилася люмбальна пункція. Загальноклінічні і біохімічні лабораторні дослідження проводилися за загальноприйнятими методиками.

Структурні зміни головного мозку вивчали за допомогою мультислайдового комп'ютерного томографа SOMATOM Emotion 6 фірми Siemens і Synerview 600 S фірми Picker International. Оцінювали густину речовини головного мозку, розміри, локалізацію патологічного вогнища. Визначали зсув серединних структур, зміни шлуночкової системи, наявність атрофічного процесу, характеру зовнішньої і внутрішньої гідроцефалії. Виразність набряку мозку оцінювали за методикою С.Б. Вавилова (1985). Для визначення обсягу вогнищевих змін використовували геометричну формулу еліпсоїда:

$$\frac{4}{3} \pi \times A \times B \times C, \quad \text{де } A, B, C - \text{діаметри еліпсоїда.} \quad (1)$$

При фатальному інсульті морфологічна верифікація проводилася стандартним методом (Колтовер А.Н. и соавт., 1975).

Результати дослідження оброблені методами математичної статистики з використанням пакета “Microsoft Excel'02” з обчисленням відсотків їхніх помилок, довірчого інтервалу. Вірогідність розходження визначали за допомогою критерію Стьюдента t і критерію відповідності χ^2 .

Результати дослідження та їх обговорення. За час проведення реєстру зареєстровано 1293 випадки мозкового інсульту: 645 – у 2001 р. і 648 – у 2002 р., у тому числі повторних у тих самих хворих. Серед них було 677 жінок і 616 чоловіків у віці $64,4 \pm 0,4$ року у 2001 р. і $64,5 \pm 0,4$ року у 2002 р. 68,8% склали хворі у віці 60 років і старші. Ішемічний характер процесу констатували в 57,7% випадків, внутрішньомозковий крововилив (ВК) – у 15,2%, субарахноїдальний крововилив (САК) – у 2,8%. У 24,6% випадків характер інсульту не був встановлений.

Загальна захворюваність МІ в 2001 р. складала 2,21, у 2002 р. – 2,22 на 1000 населення ($p > 0,05$). У цілому показник захворюваності в чоловіків був вищий, ніж у жінок, але без достовірної різниці, за винятком вікових груп 40-49 і 60-69 років у 2001 р. і 30-39, 50-59, 60-69 років у 2002 р. Максимальних значень показник захворюваності досягав у людей старших 70 років, що відзначено й в інших раніше проведених у світі дослідженнях (Marti-Vialta J.L. et al., 1999; Marini C. et al., 2001

та ін.). Захворюваність осіб працездатного віку в 2001 р. складала 0,92 на 1000 населення, у 2002 р. – 1,01 на 1000 населення, причому в чоловіків вона була вища, ніж у жінок у 1,7 разу в 2001 р. і в 2,1 разу в 2002 р. Критичним для обох типів інсульту був віковий проміжок 40-49 років. У порівнянні з віковою групою 30-39 років саме в цьому віці захворюваність була вищою в 9,7 разу в 2001 р. і в 24,3 разу в 2002 р., причому переважно в осіб чоловічої статі у вікових групах 60-69 років у 2001 р. і 50-59 років у 2002 р. Геморагічний інсульт виявився вагомим для чоловіків у віковій групі 20-59 років. В осіб 70 років і більше відзначено зниження захворюваності МІ.

Співвідношення геморагічного та ішемічного інсультів склало 1:3,1 у 2001 р. і 1:3,3 у 2002 р., у той час як у більшості європейських країн співвідношення було 1:4; 1:4,3; 1:5,6; 1:6 (Evenson K.R. et al., 1999; Nassan A. et al., 2002 та ін.).

У профільних стаціонарах міста в гострому періоді проліковано 68,5% хворих. Більш ніж 60% хворих почали одержувати адекватну терапію в перші 6 годин з моменту розвитку захворювання, однак рівень ранньої госпіталізації найчастіше визначався тяжкістю стану, типом МІ і віком хворих. Тобто у першу чергу було госпіталізовано хворих більш молодого віку й у більш важкому стані. 375 чоловік (186 чоловіків і 189 жінок) померли протягом 28 діб з моменту розвитку захворювання, інфаркт мозку діагностовано у 126 (33,6%), внутрішньомозковий крововилив – у 160 (42,7%), субарахноїдальний крововилив – у 14 (3,7%) хворих. У 75 померлих характер інсульту не встановлений.

Смертність від МІ в м. Сумах на 1000 населення в 2001 р. складала 0,70, у 2002 р. – 0,57 ($p > 0,05$), від інфаркту мозку – 0,22 і 0,21, від геморагічного інсульту – 0,28 і 0,28 на 1000 населення відповідно в 2001 і 2002 рр. і також була вищою серед чоловіків ($p > 0,05$), особливо у віковій групі 40-59 років (у 2-3 рази), 60-69 років у 2001 р. і 20-59 років – у 2002 р. ($p < 0,05$ і $p < 0,01$ відповідно) при ІМ і в 20-59 років при ГІ ($p < 0,01$ – у 2001р. і $p < 0,005$ - у 2002 р.). З віком смертність збільшувалася, досягаючи максимуму після 70 років. Ризик смерті від МІ в осіб літнього віку, цілком ймовірно, можна пояснити обмеженими компенсаторними можливостями організму, наявністю супутньої патології і великою частотою ускладнень (Гусев Е.И. и соавт., 1995; Холин А.В. и соавт., 1999; Хаке В., Касте М. и др., 2001; Козелкин А.А., Дарий В.И. и соавт., 2002).

Загальна летальність при інсульті складала в 2001 і 2002 рр. відповідно 31,8% і 26,2%. Вона була вірогідно вищою в осіб чоловічої статі у віковій групі 20-59 років зі збільшенням показника (у 4,1 і 4,9 разу) при крововиливах у мозок з незначними коливаннями залежно від віку хворих. У 2002 р. відзначено зниження загальної летальності при ІМ за рахунок жіночого контингенту у віковій групі 20-50 років. Наведені показники значно перевищують загальноєвропейські.

Порівняння отриманих результатів з офіційними статистичними даними можливо лише за рядом параметрів. Показники захворюваності за результатами реєстру на 27,5% і 18,5% відповідно

в 2001 і 2002 рр. перевищують дані міського відділу охорони здоров'я. У свою чергу, показник смертності незначно відрізняється від офіційного – є нижчим на 6,8% і 2,9% у відповідні роки.

Таким чином, проведений реєстр мозкового інсульту дозволив досить повно оцінити його основні епідеміологічні характеристики в досліджуваному регіоні, порівняти їх з офіційними даними, виявити групи за віком і статтю, які є найбільш загрозливими щодо можливості розвитку гострих церебральних катастроф, з метою впровадження в подальшому профілактичних заходів. Отримані результати показали високий рівень захворюваності, смертності і летальності при МІ. Показники зростають зі збільшенням віку хворих. Це підтверджує той факт, що інсульт продовжує залишатися переважно захворюванням людей літнього і старечого віку.

Однак ефективна профілактика ЦВЗ і МІ містить у собі, насамперед, боротьбу з факторами ризику і базується на стратегії концепції факторів ризику (Кузнецова С.М., 1998; Горбань Е.М., Волошин П.В., Міщенко Т.С., Волошина Н.П., 1998; Виленский Б.С., 2002; Яворская В.А., 2004; Григорова И.А., 2005). Висока захворюваність і смертність від МІ залежить від ФР, включаючи стать і вік. Нами встановлено, що для населення м. Сум для обох типів інсульту в обох контингентах хворих провідними чинниками є артеріальна гіпертензія, причому перевага її “м'якої” і помірної форм – 85,2% і 87,3 % відповідно у чоловіків і жінок. 33,6% геморагічних і 48,0% ішемічних інсультів виникли на тлі “м'якої” АГ. У 90,5% осіб молодших за 60 років високі цифри артеріального тиску (АТ) були вирішальними для розвитку ВК. Слід відразу зазначити той факт, що більш ніж 80% хворих знали про наявність у себе підвищеного АТ, але лише 9,4% обстежених одержували регулярну антигіпертензивну терапію, а в 35,0% випадків лікування було епізодичним або препарати не були підібрані адекватно, що відповідає даним інших досліджень в Україні (Волошин П.В., Петрашенко П.Р., 2001; Москаленко В.Ф., Коваленко В.М., 2000).

Гіперхолестеринемія вважається важливим фактором розвитку інсульту (Лутай М.И., 2004; Gotto A.M., 2001; Grundy S.M., Cleeman J.I. et al., 2004). У нашому дослідженні вона зареєстрована у 42,9% випадків ІМ і в 45,9% випадків ВК без особливого розходження у вікових групах. Загальний показник склав 43,1%.

Спадкова схильність до судинних захворювань спостерігалася в 25,6%, а у пацієнтів молодших 60 років вона була більш характерною для ІМ.

Нами виявлена досить висока поширеність цукрового діабету (ЦД) взагалі (18,4%), а серед жінок, зокрема, особливо у віковій групі, старших 60 років при ІМ. Як у випадку з АГ, більшість хворих знали про наявність у себе ЦД 2 типу, але лікування проводилося епізодично і неадекватно, без дотримання дієтичних рекомендацій. У 50% з них ЦД виявлений вперше.

Зловживання алкоголем констатовано у 10,8% осіб з ІМ і 26,0% із ВК. Як правило, це була низькоякісна горілка або сурогати. Сп'яніння зіграло вирішальну роль у розвитку інсульту більш ніж у половини хворих. Курців серед хворих з ІМ і ВК виявлено відповідно 18,3% і 24,0%. У 2/3

випадків мали місце і паління, і зловживання алкоголем, а також поєднання паління і зловживання алкоголем з АГ (74,9%), з АГ і ГХС (до 30,0%).

У 16,5% випадків розвитку обох типів інсульту передували гострі або хронічні психоемоційні навантаження, особливо у жінок молодших за 60 років.

Повторних інсультів зареєстровано 21,5%, вірогідно частіше при ІМ. Співвідношення первинних і повторних інсультів склало 4,7:1. Це вказує на необхідність широкого впровадження принципів вторинної профілактики МІ в клінічну практику.

У більшості хворих виявлені зміни серцево-судинної системи. 17,4% усіх гострих ішемій мозку були кардіоемболічної природи. Фібриляція передсердь (ФП) у 21,6% ІМ асоціювалася з жіночою статтю і поєднувалася у 79,9% з АГ, у 7,8% - із ГХС, у 27,9% - з АГ і ГХС, у 13,0% - з АГ, ГХС і ЦД. У 9% хворих з ІМ і в 4,1% пацієнтів із ВК виявлений постінфарктний кардіосклероз.

Транзиторні ішемічні напади, як один з факторів ризику, мали місце в 4,3% хворих з МІ, частіше в осіб старшого віку переважно при ІМ.

Таким чином, аналіз поширеності ФР МІ і порівняльна оцінка отриманих даних показали провідне значення АГ в осіб обох статей. Далі йдуть ГХС, кардіальна патологія, як предиктор розвитку гострих ішемій, генетична схильність, транзиторні ішемічні напади, раніше перенесений інсульт. Особлива роль належить шкідливим звичкам, але більш значущими вони були для чоловіків. У жінок частіше визначалися ГХС, ФП, ЦД, психоемоційні травми, ревматичні вади серця. Констатовано поліфакторіальність ФР. У наших хворих найбільше часто виявлялося поєднання АГ, ГХС, паління, ЦД і найчастіше на тлі генетичної схильності.

Прогностична роль окремих ФР не викликає сумнівів. Корекція перелічених станів припускає проведення не тільки розумної раціональної медикаментозної профілактики, але, насамперед, корекцію способу життя, приділяючи особливу увагу індивідуальній профілактиці на доклінічному рівні: виділити групу підвищеного ризику і вчасно призначити комплекс профілактичних, лікувальних і оздоровчих заходів. Маючи достовірні епідеміологічні дані про МІ і ФР його виникнення, можна визначити лікувально-профілактичні заходи з урахуванням місцевих умов.

Дані нашого дослідження також свідчать про високі показники смертності й летальності в досліджуваному регіоні.

Викликає інтерес вивчення клінічних особливостей гострого періоду інсульту, виявити фактори, що впливають на результат патологічного процесу, з'ясувати причини смерті. З цією метою було проведено комплексне обстеження 232 хворих у гострому періоді МІ. Середній вік досліджених склав $61,9 \pm 0,8$ року, з яких 36,4% були особи молодші 59 років, з них 59,0% - особи чоловічої статі. Протягом перших шести годин від початку розвитку захворювання госпіталізовані

67,6% пацієнтів, при порушенні свідомості і вітальних функцій – у палати інтенсивної терапії. Усім хворим проводилася загальноприйнята базисна і диференційована терапія.

Аналіз ФР МІ констатував провідну роль АГ (83,1% - при ІМ і $90,9 \pm 2,9\%$ - при ВК), ГХС (61,0% при ІМ і $52,5\%$ - при ВК), їх поєднання. Інші пріоритетні фактори для ІМ - ЦД, ФП, шкідливі звички, перенесений інсульт, для ВК – шкідливі звички, перенесений раніше інсульт, фізична і психоемоційна напруга. 71,0% хворих прийняті до стаціонару у тяжкому і дуже тяжкому стані, що утруднювало диференціальний і топічний діагноз.

Поділ хворих на групи сприяв поглибленому вивченню клінічних особливостей, по-перше, залежно від типу інсульту і, по-друге, від стадії процесу – найгострішої і гострої. Аналіз клініко-неврологічних показників у 37 хворих у найгострішому періоді ІМ (1-ша група) показав, що 81,0% з них доставлені в стаціонар у тяжкому і дуже тяжкому стані, 43,2% з них у комі. У хворих, що прийняті в стані середньої тяжкості, на тлі наростаючого набряку мозку спостерігалось подальше погіршення стану. У 70,3% хворих переважав блискавичний і гострий темп розвитку процесу. У неврологічному статусі спостерігалось швидке нівелювання вогнищевого і загальнономозкового синдромів за рахунок наростання загальнономозкових проявів, порушення вітальних функцій. Особливо тяжко проходили інфаркти стовбурової локалізації. Ускладненнями найгострішого періоду ІМ були розвиток епілептичних нападів (10,8%), тромбоемболія гілок легеневої артерії (8,1%), по одному хворому мали двобічну пневмонію, геморагічну трансформацію півкульового інфаркту і великовогнищевий інфаркт міокарда. У першу добу в цієї групі хворих відзначене достовірне збільшення кількості лейкоцитів, білірубіну, глюкози крові, білка в сечі. При патологоанатомічному дослідженні констатовано великі вогнища некрозу півкульової локалізації з руйнуванням внутрішньої капсули. Переважали вогнища неправильної форми об'ємом $52,1 \pm 5,4 \text{ см}^3$ з ознаками вираженого набряку мозку і формування дислокаційного синдрому в 35,1% хворих. При стовбуровій локалізації патологічного процесу констатовано або чисто стовбурові вогнища об'ємом $4,2 \pm 0,6 \text{ см}^3$, або численні ділянки розм'якшення в ділянці стовбура і основі потиличних і скроневих часток, а також вторинні крововиливи в стовбур і базальні відділи півкуль. У значної частини померлих констатовані ознаки ішемічної хвороби серця, дифузний кардіосклероз.

Аналіз 40 хворих на ІМ (2-га група) у віці $64,5 \pm 1,6$ року, що пережили найгостріший період і померли у наступні 6-28 діб, показав, що на відміну від 1-ї групи лише 42,5% з них доставлені в стаціонар у тяжкому стані. Переважав апоплектиформний початок захворювання. На тлі інтенсивної терапії відзначався хвилеподібний перебіг патологічного процесу на тлі помірного підвищення артеріального тиску в 25,0% хворих або нормальних цифр. У 67,5% пацієнтів зареєстрована рання гіпертермія. Структура вогнищевого неврологічного дефіциту відповідала типовим проявам і локалізації патологічного процесу. У подальшому стан хворих погіршувався на тлі соматичних ускладнень: у 35,0% випадків діагностовано пневмонію, яка ускладнилася в одного

хворого менінгоенцефалітом, у 15,0% - інфікування сечовивідних шляхів, у 10,5% - трофічні ураження шкіри і підшкірної клітковини. В інших 30,0% випадків мали місце такі ускладнення, як геморагічна трансформація білого інфаркту, епілептичні напади, тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. У 3,9% хворих з ІМ у віці старших 60 років з попередньою серцево-судинною патологією в анамнезі у середньому на 8-му добу розвинувся гострий інфаркт міокарда, у стількох же - повторний інсульт.

Дані аутопсії відповідали клінічним проявам патологічного процесу. У 82,5% хворих констатовані півкульові вогнища із середнім об'ємом $55,9 \pm 6,4 \text{ см}^3$, що захоплювали субкортикальні відділи 1-3 часток. У 95,0% випадків визначався набряк головного мозку з подальшою дислокацією мозкових структур з розвитком їх вклинення (у 35,0%) у великий потиличний отвір. Патологоанатомічне дослідження підтвердило наявність ускладнень основного процесу, а гострий інфаркт міокарда на тлі невеликих вогнищевих змін головного мозку розцінено як основну причину смерті цих хворих.

Однак повна характеристика особливостей гострого періоду фатального ІМ неможлива без зіставлення з клініко - структурно-морфологічними характеристиками нефатального ІМ (31 пацієнт - 3-тя група хворих). У 61,3% хворих даної групи мав місце гострий тип розвитку патології. Стан більшості хворих було розцінено як середньотяжкий і задовільний без вираженого порушення свідомості і температурної реакції. Підвищення АТ відзначено в 58,0% пацієнтів. У неврологічному статусі спостерігалася чітка перевага вогнищевих симптомів, властивих басейнові порушеного кровопостачання. До 50,0% хворих госпіталізовані в перші 6 годин, інші в наступні години від початку розвитку захворювання. На тлі адекватної терапії наставало поліпшення з подальшим успішним кінцем гострого періоду ІМ.

Ускладнення основного процесу виявлені лише в 4 хворих: пневмонія, епілептичні напади, загострення хронічного пієлонефриту. Комп'ютерна томографія головного мозку в 93,5% даної групи хворих показала наявність невеликих гіподенсивних вогнищ (до 10 см^3) супратенторіальної локалізації. Лише в 22,6% випадків об'єм вогнища перевищував $20\text{-}40 \text{ см}^3$, у 16,1% - 60 см^3 . Дані КТ в основному відповідали клінічним проявам, але навіть при великих вогнищах загальний стан хворих мав тенденцію до стабілізації.

Таким чином, аналіз клінічних і структурно-морфологічних особливостей гострого періоду фатального і нефатального ІМ дає підставу стверджувати, що в найгостріший період захворювання тяжкість стану визначається глибокими формами розладу свідомості, порушенням вітальних функцій на тлі значних структурних змін речовини головного мозку, вираженого набряку мозку з подальшою дислокацією мозкових структур і блокадою лікворопровідних шляхів. Ранні внутрішньочерепні і соматичні ускладнення прискорювали летальний кінець. У той самий час у хворих, що пережили найгостріший період, констатований значний відсоток соматичних

ускладнень (65,0%) у порівнянні з 1-ю групою (27,0%) – $p < 0,001$, що дає підставу вважати соматичні ускладнення однією з основних причин тяжкого перебігу інсульту і летального кінця, а з часом такими, що визначали його. В осіб літнього віку ускладнення визначалися також обтяжливим соматичним фоном.

Як і при ІМ, проведене дослідження клініко-структурно-морфологічних особливостей при геморагічному характері процесу. З 99 хворих з фатальним ГІ в найгострішу фазу захворювання померло 62,6% пацієнтів у віці $65,5 \pm 1,4$ року. При прийнятті в стаціонар у 92,5 % з них констатовано тяжкий і дуже тяжкий стан, із глибокими клінічними формами порушення свідомості. Темп розвитку захворювання був гострим або блискавичним у 88,7% випадків. Провідним фактором розвитку патології була АГ або її поєднання з церебральним атеросклерозом. Високі цифри АГ зареєстровані в 79,0% хворих. У двох випадках констатований розрив аневризми. У клінічній картині домінували загально мозкові і менінгеальні симптоми, у п'яти хворих діагностовано крововилив стовбурової локалізації, який супроводжувався наростанням загально мозкового синдрому і комою, на тлі яких розвинулися дихальні і серцево-судинні розлади, дифузна м'язова гіпотонія. Частота соматичних ускладнень склала 11,3% (рання пневмонія, гострі трофічні виразки).

Патологоанатомічний розтин підтвердив наявність геморагічних вогнищ, їх локалізацію, ступінь вираженості змін речовини головного мозку. У 82,3% випадків виявлені півкульові крововиливи типу гематоми об'ємом $84,2 \pm 7,5$ см³, у 33,9% процес ускладнився проривом крові у бічні шлуночки. У 59,7% померлих виявлені ознаки вклинення стовбура мозку у великий потиличний отвір на тлі вираженого набряку мозку.

Менша частина хворих (37,8%) з фатальним ВК пережила найгострішу стадію (2-га група). Середній вік склав $61,6 \pm 1,5$ року. ГІ розвинувся переважно на тлі підвищеного АТ. У половини хворих зареєстрована гіпертермія. Переважали менш виражені форми розладу свідомості (у 7 хворих – кома, в інших – сопор, оглушення). У порівнянні з 1-ю групою хворих більш чітко виявлялася вогнищева симптоматика, менш вираженим був менінгеальний синдром. У 40,0% випадків виявлені соматичні ускладнення та їх поєднання (пневмонія, трофічні ураження шкіри, пептичні виразки, інфікування сечовивідних шляхів).

При аутопсії констатовані геморагічні, переважно півкульові вогнища об'ємом до $66,1 \pm 4,7$ см³ із проривом у бічні шлуночки в 24,3% випадків.

Порівняльний аналіз даних дослідження 25 хворих (3-тя група) зі сприятливим перебігом і результатом ВК показав, що в даному випадку патологічний процес розвився гостро (у 68,0% хворих) на тлі АГ, ГХС, психоемоційної або фізичної напруги. У 60,0% випадків стан хворих розцінено як тяжкий, в інших - середньої тяжкості. Кома констатована в 12,0% хворих, не відзначено значних порушень вітальних функцій. У неврологічному статусі яскравіше була

виражена вогнищева симптоматика. Ускладненнями ВК були в одного хворого пізня пневмонія і ще в одного – епілептичний напад.

При проведенні прижиттєвої комп'ютерної томографії головного мозку виявлені гіперденсивні вогнища, переважно субкортикальні, об'ємом $22,4 \pm 2,2$ см³ з незначно вираженою зоною перифокального набряку, з величиною латерального зсуву в межах 0,2-0,8 см. Виявлені у 5 хворих латеральні “інсульт-гематоми” обсягом до 30 см³ без прориву в лікворопровідні шляхи були успішно видалені нейрохірургічним шляхом. Дані нейровізуалізації в цілому відповідали клінічним проявам крововиливу.

Отже, зіставлення отриманих даних дослідження хворих трьох груп із ВК виявило прямопропорційну залежність результату захворювання від темпу розвитку, виразності структурних змін мозку, локалізації і величини вогнища, проникнення крові в шлуночкову систему, що і визначало тяжкість стану хворих.

Таким чином, проведене дослідження хворих у гострому періоді фатальних і нефатальних ВК і ІМ дозволило виявити основні фактори розвитку тяжкої патології, особливості клінічних проявів, причини, які визначали результат захворювання. Проведено співставлення між клінічними проявами, даними аутопсії і комп'ютерної томографії практично в усіх групах хворих.

Фатальний кінець при МІ визначався гострим і блискавичним темпом розвитку патології, виразністю неврологічного дефіциту, наростанням внутрішньочерепних і приєднанням соматичних ускладнень, а також наявністю супутньої патології. Сприятливий результат визначався меншими за обсягом патологічними вогнищами, помірним перифокальним набряком, незначними проявами об'ємного впливу, що характеризувалося превалюванням вогнищевого синдрому над загальномозковим, меншою кількістю соматичних ускладнень. Це дає можливість прогнозувати розвиток обтяжливих процесів і своєчасно вживати заходів щодо їх попередження.

Таким чином, проведене комплексне епідеміологічне, клініко-морфологічне дослідження дало можливість реально оцінити епідеміологічну ситуацію по мозковому інсульту в регіоні, визначити основні фактори ризику його виникнення, оцінити якість та своєчасність надання медичної допомоги хворим, дозволило розширити уявлення про особливості клінічного перебігу та ускладнень гострого періоду інсульту. Одержані результати дозволили розробити і запропонувати заходи щодо покращання показників захворюваності, смертності і летальності шляхом впровадження освітніх програм для населення, принципів первинної та вторинної профілактики мозкового інсульту в клінічну практику.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації наведено теоретичне обґрунтування і нове вирішення наукової задачі, яка полягає в підвищенні ефективності профілактики, діагностики, вдосконалення допомоги хворим мозковим інсультом шляхом вивчення епідеміологічних характеристик, провідних факторів ризику

його виникнення, клінічних і структурно-морфологічних особливостей. Використано метод реєстру – джерела найбільш достовірної інформації про захворюваність, смертність, летальність, фактори ризику, структуру МІ, якість надання медичної допомоги, причини смертності, що дало можливість охарактеризувати епідеміологічну ситуацію по МІ в конкретній популяції - населення м. Сум.

2. За даними реєстру встановлена загальна захворюваність МІ в м. Сумах, яка в 2001 р. складала 0,21 на 1000 населення. Захворюваність МІ в 2002 р. складала 0,22 на 1000 населення, що практично відповідає показникові 2001 р. При ІМ достовірної різниці захворюваності чоловіків і жінок не встановлено. При ГІ вона вірогідно вище у чоловіків. Захворюваність осіб працездатного віку в 2001 р. була 0,9, у 2002 р. – 1,01 на 1000 населення, серед чоловіків була вищою в 1,7 разу в 2001 р. і в 2,1 разу в 2002 р.

Аналіз структури мозкового інсульту виявив співвідношення ішемічних і геморагічних інсультів, що у 2001 р. складало 3,1:1, у 2002 р. - 3,3:1. 15,5% ГІ складають САК. 21,5% МІ були повторними, співвідношення первинних і повторних інсультів склало 4,7:1.

3. У неврологічних стаціонарах міста в 2001 р. медичну допомогу одержали 65,7% захворілих, у 2002 р. - 71,3%. З них протягом 6 годин з моменту появи перших ознак захворювання госпіталізовані в 2001 р. 39,6% хворих, у 2002 р. - 56,8% хворих.

4. Смертність від МІ в 2001 р. складала 0,70 на 1000 населення. У 2002 р. – 0,57 на 1000 населення. Смертність від ІМ у 2001 р. була 0,22 на 1000 населення, від ГІ - 0,28 на 1000 населення. У 2002 р. смертність від ІМ - 0,21, від ГІ – 0,28 на 1000 населення. Серед померлих 68,3% складають особи старше 60 років. До 60-літнього віку переважає смертність серед чоловіків при обох типах МІ.

Загальна летальність від інсульту склала 31,8% у 2001 р. і 26,2% - у 2002 р. та істотно не змінювалася залежно від типу інсульту.

5. Встановлено провідні фактори ризику МІ в популяції м. Сум: для обох типів інсульту була характерна артеріальна гіпертензія, причому перевага її “м'якої” (85,2%) і помірної (87,3%) форм, у 90,4% осіб молодших 60 років АГ була визначальною в розвитку ВК. ГХС склала 44,7%, ФП – 19,4% переважно у осіб з ІМ, гіперглікемія – 26,2%, генетична схильність - 21,4%, зловживання алкоголем – 10,8% при ІМ і 26,0% - при ВК, паління – 18,3% при ІМ і 24,0% - при ВК, психоемоційні навантаження - 16,5%, особливо в осіб жіночої статі молодших за 60 років. Виявлено поліфакторіальність і комбінації ФР (двох і більше) залежно від характеру процесу, віку і статі.

6. На підставі комплексного клініко-неврологічного, нейровізуалізаційного і патологоанатомічного досліджень гострого періоду МІ встановлено особливості клінічних проявів залежно від характеру і стадії патологічного процесу, темпу його розвитку, обсягу і локалізації вогнища, що дозволило розширити уявлення про особливості його перебігу. Фатальний МІ

визначався блискавичним і гострим темпом розвитку захворювання, вираженим неврологічним дефіцитом, нівелюванням вогнищового і загальномозкового синдромів за рахунок наростання загальномозкового і подальшого погіршення загального стану, порушення життєво важливих функцій, що за даними аутопсії визначало наявність вогнищ некрозу об'ємом до $52,1 \text{ см}^3$ з ознаками вираженого набряку мозку, дислокації мозкових структур, півкульових гематом (до $84,2 \text{ см}^3$) із проривом крові в лікворопровідні шляхи.

7. Доказано особливу роль соматичних ускладнень МІ, що обтяжували його перебіг і визначили негативний прогноз. Пріоритетними ускладненнями були тяжкі пневмонії (13,6%), тромбози і тромбоемболії (9,1%), інфікування сечовивідних шляхів (7,4%), гострі пептичні виразки (6,1%), інфаркт міокарда (3,9%), а також поєднання ускладнень. Значний вплив на рівень летальних кінців усіх видів інсультів супутньої хронічної соматичної патології, на тлі якої вони розвинулися (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет та ін.). Ця категорія хворих потребує постійного моніторингу та корекції інтенсивної терапії з метою профілактики, ранньої діагностики, цілеспрямованого лікування ускладнень МІ.

8. Результати проведеного реєстру покладені в основу програми заходів, спрямованих на поліпшення епідеміологічної ситуації щодо ЦВЗ і МІ в м. Сумах і на організацію медичної допомоги хворим з урахуванням особливостей даного регіону. Програма включає в себе заходи популяційної стратегії та стратегії високого ризику, впровадження принципів первинної та вторинної профілактики мозкового інсульту. Виявлення, обстеження і лікування осіб з модифікованими факторами ризику, впровадження основних принципів підвищення ефективності лікувально-діагностичних заходів – екстреності, етапності, профільної госпіталізації.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Ефективно спланувати систему профілактики і лікування порушень мозкового кровообігу на підставі встановлених епідеміологічних характеристик, які дають можливість реально оцінити ситуацію щодо мозкового інсульту в конкретному регіоні.

2. Удосконалення системи організації допомоги хворим на ЦВЗ повинно будуватися виходячи з таких вимог: потрібна організація поетапного надання медичної допомоги хворим з МІ; невідкладна допомога повинна бути наданою в спеціалізованих інсультних відділеннях, забезпечених сучасною апаратурою; необхідне формування системи реабілітаційного лікування хворих на ЦВЗ і МІ.

3. Для зниження захворюваності і смертності від МІ необхідне виконання заходів щодо його первинної і вторинної профілактики. Стратегія первинної профілактики повинна включати виявлення і корекцію факторів ризику. Поряд із заходами медичного характеру (активного

виявлення й адекватного лікування хворих із модифікованими ФР і початковими формами судинних уражень головного мозку) істотне значення повинно надаватися питанням формування здорового способу життя населення, що припускає інтенсивну просвітню роботу, яка включає лекції, бесіди, у т.ч. з використанням засобів масової інформації і санітарної пропаганди. Стратегія вторинної профілактики повинна ґрунтуватися, насамперед, на визначенні типу першого інсульту, виявленні і корекції факторів ризику, призначенні антитромбоцитарних препаратів і антикоагулянтів.

4. Для поліпшення ситуації щодо МІ у вивченому регіоні (м. Суми) необхідне виконання таких заходів: 1) забезпечити огляд пацієнтів невропатологом у першу добу від початку інсульту; 2) спрямувати зусилля на госпіталізацію хворих МІ в спеціалізовані відділення в рамках “терапевтичного вікна” та розширити кількість ліжок в судинних відділеннях; звернути особливу увагу на групу хворих з “неуточненим” інсультом і ширше використовувати методи прижиттєвої (люмбальна пункція, комп'ютерна томографія) і посмертної (патологоанатомічний розтин) верифікації діагнозу; 3) забезпечити повну взаємодію всіх ланок щодо надання медичної допомоги хворим на ЦВЗ і МІ (дільничних, сімейних лікарів, лікарів ШМД, неврологів, кардіологів, нейрохірургів), впровадження освітніх програм з діагностики, сучасних принципів лікування і ведення хворих з МІ; 4) впровадження освітніх програм для широких мас населення (поняття про фактори ризику МІ, знання перших ознак інсульту і його наслідків, необхідність ранньої госпіталізації хворих); 5) впровадження принципів первинної і вторинної профілактики МІ в клінічну практику.

5. Виявлені особливості клінічного перебігу гострого періоду і наслідків мозкового інсульту, які залежать як від безпосереднього ушкодження мозку, так і ускладнень, що приєдналися, та які викликають погіршення стану хворих і визначають летальний кінець, повинні сприяти ранній діагностиці, лікуванню основного і супутнього захворювань, профілактиці ускладнень, ранньої реабілітації.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Мищенко Т.С., Коленко О.И. Эпидемиология и структура мозгового инсульта в г. Сумы // Український вісник психоневрології. - 2002. - Т.10, вип. 1(30). – С. 97 – 98. (Дисертантом особисто проведено збір матеріалу, обробку та аналіз отриманих даних, написано та підготовлено до друку).
2. Мищенко Т.С., Коленко О.И. Смертность и структура летальности в остром периоде мозгового инсульта (первые результаты эпидемиологического изучения мозгового инсульта в г. Сумы // Вісник Сумського державного університету. Серія „Медицина”. – 2002. - №8 (41) – С. 134-138. (Дисертантом самостійно проведено комплексне обстеження хворих в гострому періоді мозкового інсульту, статистично оброблені результати дослідження та підготовлено до друку).

3. Коленко О.И. Первые результаты регистра мозгового инсульта в г. Сумы // Український медичний альманах. – 2002. - №6. – С. 65-67.
4. Коленко О.І. Фактори ризику мозкового інсульту в популяції міста Сум (за матеріалами реєстра інсульту) // Вісник Сумського державного університету. Серія „Медицина”. – 2003. - №7 (53). - С. 142 – 147.
5. Коленко О.І. Аналіз захворюваності та смертності від мозкового інсульту в м. Суми за матеріалами реєстру 2001-2002 рр. // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія „Медицина”. – 2004. - Вип. 23. – С. 211 – 215.
6. Коленко О.І. Клініко-морфологічна характеристика ускладнень гострого періоду мозкового інсульту // Вісник Сумського державного університету. Серія „Медицина”. - 2004. - №11(70). – С. 169 – 175.
7. Міщенко Т.С., Здесенко І.В., Коленко О.І., Юров І.В. та інші. Епідеміологія мозкового інсульту в Україні // Український вісник психоневрології. - 2005. - Т.13, вип. 1(42). – С. 23-28. (Дисертантом проведено інформаційний пошук та огляд літератури, зібрано матеріал стосовно м. Сум, проведено обробку отриманих даних, взято участь у аналізі матеріалу).
8. Романюк А.М., Карпенко Л.І., Коленко О.І. Клініко-структурно-морфологічні особливості фатальних та нефатальних мозкових інсультів // Вісник Сумського державного університету. Серія „Медицина”. - 2005. - №3 (75). – С. 73-78. (Дисертантом особисто проведено клінічне обстеження хворих в гострому періоді мозкового інсульту, взято участь у проведенні патологоанатомічних досліджень, зроблено аналіз та упорядкування отриманих даних, текстове оформлення статті).
9. Коленко О.И. Болезни сердца и мозговой инсульт // Український медичний альманах. – 2005. - №4 (додаток). – С. 90-91.
10. Коленко О.І. Кардіальна патологія при ішемічному інсульті // Тези доповідей 76 підсумкової конференції студентів і молодих вчених-медиків „Молоді науковці - медицині України”. – Чернівці: Медик, 2002. – С.18.
11. Коленко О.И. Факторы риска и структура мозгового инсульта по данным городского сосудистого центра // Матеріали VI Міжнародного медичного конгресу студентів і молодих вчених. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 181.
12. Коленко О.І., Пирожников О.В., Полуян І.І. „Терапевтичне вікно” та летальність від інсульту // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції „Актуальні питання теоретичної та практичної медицини”. – Суми, 2002. – С. 102. (Дисертант проводив збір та аналіз матеріалу, написано і підготовлено роботу до друку).

13. Коленко О.И. Артериальная гипертензия – один из основных факторов риска мозгового инсульта в г. Сумы // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції „Актуальні питання теоретичної та практичної медицини”. – Суми, 2002.– С. 100 – 101.
14. Коленко О.І. До питання епідеміології мозкового інсульту в м. Сумах // Матеріали VII Міжнародного медичного конгресу студентів і молодих вчених. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – С. 165.
15. Коленко О.И. Предикторы исхода мозговых инсультов // Матеріали II Республіканської науково-практичної конференції студентів та молодих вчених „Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини”. – Суми, 2003. – С. 98.
16. Коленко О.І., Скульбеда А.Є. Комп’ютерна томографія у діагностиці мозкового інсульту зі сприятливим перебігом гострого періоду // Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції викладачів, студентів та молодих вчених „Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини”. – Суми, 2004. – С. 133.(Дисертантом особисто проведено клінічне обстеження хворих в гострому періоді мозкового інсульту, взято участь у проведенні комп’ютерної томографії, зроблені висновки, підготовлено роботу до друку).
17. Коленко О.І. Летальність від мозкового інсульту в Сумах за даними реєстру 2001-2002 рр. // Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції викладачів, студентів та молодих вчених „Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини”. – Суми, 2004. – С. 132.
18. Коленко О.І. Аналіз смертності від мозкового інсульту в Сумах // Матеріали IV Міжнародної конференції студентів і молодих вчених „Медицина-здоров’я XXI сторіччя”. – Дніпропетровськ, 2003. - С. 204.
19. Коленко О.И. Значение эпидемиологических исследований в формировании системы профилактики мозговых инсультов // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів „Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини”. – Суми, 2005. – С. 142 – 143.
20. Мищенко Т.С., Коленко О.І. Возрастные особенности эпидемиологии мозгового инсульта // Проблемы старения и долголетия. – 2005. – Т.14, приложение. – С.172. (Дисертант проводив збір та аналіз матеріалу).

АНОТАЦІЯ

Коленко О.І. Епідеміологія мозкового інсульту за даними реєстру у місті Сумах (епідеміологічне і клініко-морфологічне дослідження). – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.15 – нервові хвороби. – Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. – Київ, 2005.

У дисертаційній роботі подано результати проведеного стандартизованого епідеміологічного дослідження протягом 2001 – 2002 рр. у м. Сумах реєстру мозкового інсульту. Встановлено захворюваність, смертність, летальність від мозкового інсульту, фактори ризику його виникнення, їх вікові та статеві особливості, структуру, співвідношення ішемічного та геморагічного процесів, якість надання медичної допомоги.

Проведено зіставлення клініко-неврологічних даних зі структурно-морфологічними змінами головного мозку. Виявлені особливості клінічного перебігу, вираженості структурних змін, інтра – та екстрацеребральних ускладнень, їх вплив на тяжкість стану хворих. Обґрунтовано та запропоновано в практику лікувально – профілактичних закладів основні профілактичні заходи щодо зниження захворюваності, смертності та летальності від мозкового інсульту, основні напрямки надання невідкладної медичної допомоги цій категорії хворих.

Ключові слова: мозковий інсульт, епідеміологія, захворюваність, смертність, фактори ризику, гострий період інсульту, ускладнення інсульту, профілактика.

АННОТАЦІЯ

Коленко О.И. Эпидемиология мозгового инсульта по данным регистра в городе Сумы (эпидемиологическое и клинико-морфологическое исследование). – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.15 – нервные болезни. – Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика МОЗ Украины. – Киев, 2005.

В диссертации представлены результаты впервые проведенного в Украине стандартизованного (согласно рекомендациям ВОЗ) эпидемиологического исследования – регистра мозгового инсульта. Изучены истинные показатели заболеваемости, смертности, летальности от мозгового инсульта на модели г. Сум – неблагоприятного по этой тяжелой патологии региона Украины. На протяжении двух лет (2001-2002 гг.) зарегистрированы все случаи мозгового инсульта, в том числе повторные у одних и тех же больных. Установлено соотношение ишемических и геморрагических процессов (3,1:1 и 3,3:1 в 2001 и 2002 гг. соответственно). Выявлена общая заболеваемость мозговым инсультом, в том числе среди лиц трудоспособного возраста. Отмечены возрастные и половые различия в структуре заболеваемости, смертности и летальности с преобладанием показателей у лиц мужского пола в отдельных возрастных группах, а также увеличение смертности с возрастом. Полученные данные свидетельствуют об определенных эпидемиологических закономерностях мозговых инсультов и их особенностях в изучаемой популяции. Приведенные показатели значительно превышают общеевропейские.

Интенсивная профилактическая работа включает в себя, прежде всего, борьбу с факторами риска развития инсультов. Установлены ведущие немодифицируемые и модифицируемые факторы риска развития патологии, их сочетания и комбинации в данном регионе. Также выявлено влияние

сроков госпитализации и сроков оказания специализированной медицинской помощи на течение и исход заболевания.

Клинико-структурно-морфологические сопоставления позволили выявить особенности клинического течения острейшего и острого периодов фатального и нефатального мозговых инсультов в зависимости от характера, темпа развития процесса, локализации и размеров патологического очага. Особое внимание уделено анализу интра- и экстрацеребральных осложнений, предшествующих и сопутствующих заболеваний, зачастую определявших исход инсульта. Выявлена большая частота соматических осложнений и их сочетаний. Оценена информативность изучаемых симптомов и признаков патологии, критерии неблагоприятного исхода различных видов инсульта, что позволяет прогнозировать развитие отягощающих процессов.

Полученные результаты дали возможность научно обосновать разработанную и внедряемую в лечебный и учебный процесс программу лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, смертности и летальности от мозгового инсульта, оптимизацию лечебной тактики с учетом региональных особенностей.

Ключевые слова: мозговой инсульт, эпидемиология, заболеваемость, смертность, факторы риска, осложнения инсульта, острый период инсульта, профилактика.

SUMMARY

Kolenko O.I. Brain stroke epidemiology in accordance with register data in Sumy (epidemiological and clinical-morphological research). – Manuscript.

The thesis to claim the scientific degree of Medical Sciences Degree candidate in speciality 14.01.15 – nervous diseases. –Kyiv medical academy of postgraduate education by P. Shupyk of Health Ministry of Ukraine, Kyiv, 2005.

In the thesis the results of epidemiological research (made in Ukraine for the first time) – are presented (in accordance with recommendations of WHO) and the epidemiological research highlights Brain Stroke, according to the Register of brain stroke. The real mortality rates, morbidity, lethal rates as the result of brain stroke on the sample of the city of Sumy statistics are presented in this scientific work.

Leading modified and unmodified risk factors have been investigated in pathology developments, their regional peculiarities and also hospitalization terms influence and special medical assistance terms on the outcome of the disease.

Clinico-structural-morphological comparison made it possible to find out peculiarities of clinical duration of culminative and extremely culminative periods of brain stroke depending on the tempo of the process, locality and pathological centre size intra and extracerebral complications prior and following up the disease, determined the brain stroke outcome.

The obtained results give an opportunity to lay a scientific background for the implemented programme into the medical and educational process of medical – preventive actions, aimed at the cut down of morbidity and lethal rates caused by brain stroke, taking into account regional conditions.

Key words: brain stroke, epidemiology, morbidity, lethal rates, mortality, risk factors, brain complications, prophylaxis.