

# Эпидемиологические аспекты изучения инсульта. Время подводить итоги

З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин

*НИИ неврологии РАМН, г. Москва*

В эпидемиологическом изучении инсульта наступил решающий момент – период подведения итогов. Основным внешним его проявлением стали обобщающие научные публикации – большие журнальные статьи, диссертационные работы, монографии. В России в настоящее время эпидемиологические исследования цереброваскулярных заболеваний организуются и проводятся двумя центрами – Институтом неврологии РАМН и Национальной ассоциацией по борьбе с инсультом (НАБИ), существующих, к сожалению, как бы в параллельных не пересекающихся мирах. Данная статья, похожая скорее на «открытое письмо», является еще одной попыткой показать российским неврологам необходимость унификации подходов к изучению эпидемиологических аспектов инсульта. Мы обращались к этой теме в 2001 г., опубликовав в первом номере журнала «Инсульт» проблемную статью [3]. Сотрудники института приняли участие совместно с НАБИ в подготовке методического пособия «Регистр инсульта» [6].

Стремление Института неврологии РАМН к унификации принципов организации регистров инсульта связано с огромной медицинской и социальной значимостью проблемы, возможностью использования получаемых данных регистров для решения глобальных проблем – таких, как оценка состояния здоровья населения или результаты различных профилактических программ, в частности, Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации». Нарушения правил организации и функционирования регистров инсульта неизбежно приведут к искажению базовых для изучаемого региона данных и поэтому не могут рассматриваться как частное дело отдельных исследователей.

Чтобы лучше понять причины нашей озабоченности положением дел с регистрами инсульта в России, целесообразно обратиться к истории данного вопроса.

Эпидемиологические исследования инсульта с использованием метода регистра проводятся в нашей стране Институтом неврологии АМН СССР/РАМН с 1972 г. (вначале в рамках проекта ВОЗ, а затем как важное направление собственных исследований) [9, 14]. С самого начала данной работы директор института Е.В. Шмидт оценил ее важность и перспективность. Для ее выполнения в институте было создано новое научное подразделение – «Регистр», в котором работали 5–6 научных сотрудников и 3–4 лабо-

ранта; новую лабораторию возглавил Т.А. Макинский. Для обеспечения полноты информации о больных инсультом в изучаемом районе Москвы и более тесного контакта с учреждениями здравоохранения были предприняты беспрецедентные меры – на подстанции скорой медицинской помощи при участии врачей института была организована специализированная неврологическая бригада. Один из сотрудников «Регистра» в течение нескольких лет выполнял обязанности главного невропатолога района.

Сотрудники созданной лаборатории с первых дней работы не ограничивали свою деятельность выявлением больных инсультом и сбором необходимого объема данных, рекомендованного ВОЗ, а приступили к разработке собственных материалов и методов. Так, появились унифицированные карты первичного и повторного обследования больных, была разработана градация признаков для каждого из пунктов карты в форме, удобной для ввода в ЭВМ. Изучались различные методы сбора и оценки данных о больных инсультом, позволяющие добиться максимально возможного выявления пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), а также направления верификации диагноза. Были разработаны методики оценки восстановления нарушенных функций и самообслуживания больных.

Таким образом, осуществленная Институтом неврологии программа регистра инсульта стала значительно более масштабной по сравнению с первоначальными предложениями ВОЗ. В дальнейшем эта программа уточнялась и дополнялась с учетом методических материалов таких международных исследований, как МОНИКА, Eurostroke. Анализировался опыт проведения регистров в зарубежных странах, например, в Оксфорде (Англия) и Финляндии. Осуществлялся анализ результатов проводимых в России регистров инсульта – как заслуживающих доверия, так и выполненных с отступлениями от общепринятых норм.

Организация и проведение первого в нашей стране регистра инсульта стали для Института неврологии не просто участием в очередном международном проекте. Лаборатория эпидемиологии института превратилась в научнометодический центр подготовки отечественных специалистов в области изучения эпидемиологических аспектов сосудистой патологии мозга, организации многоцентровых исследований. Проводились совместные работы с рядом зарубежных стран – Болгарией, Чехословакией, Монголией, Кубой.

Первыми отечественными исследователями, изучившими методику работы и получившими в Институте неврологии необходимые унифицированные материалы для программы «Регистр инсульта», были В.Д. Колянов, организовавший исследование в одном из районов Ставропольского края [5], и В.Л. Фейгин, направленный в Москву из Новосибирска по инициативе профессора А.П. Иерусалимского [11]. Спустя несколько лет отдел регистра инсульта в Новосибирске (организованный институтом терапии СО РАМН) стал самостоятельно координировать изучение эпидемиологических аспектов ОНМК в Сибири. При методической поддержке его специалистов регистры инсульта были организованы в Красноярске, Тынде, Анадыре [12]. Таким образом, в России в 90-х годах прошлого века сложились два центра эпидемиологических исследований цереброваскулярной патологии – в Москве (НИИ неврологии РАМН) и в Новосибирске (Институт терапии СО РАМН).

В последние десять лет при активном участии Института неврологии регистры инсульта были организованы в Краснодаре (1997–2000 гг.), Орле (2001–2004 гг.), Якутске (2002–2004 гг.), Нальчике (2003–2004 гг.), Ульяновске (с 2004 г.), Вологде (1999–2001 гг.).

Вклад НИИ неврологии АМН СССР/РАМН в развитие исследований по проблеме «Регистр инсульта в России» можно коротко систематизировать следующим образом:

1. Унификация критериев диагностики различных форм цереброваскулярных заболеваний.
2. Разработка методологии проведения, программы и унифицированной документации для регистров.
3. Организация и проведение первого в России регистра инсульта (1972–1975 гг.) и анализ полученных данных.
4. Подготовка на базе института специалистов по эпидемиологии цереброваскулярных заболеваний.
5. Методическая поддержка проведения регистров в различных городах.
6. Определение условий получения достоверных и сопоставимых результатов при проведении регистров инсульта.
7. Обобщение отечественного и зарубежного опыта эпидемиологического изучения цереброваскулярных заболеваний.

За прошедшие 30–35 лет эпидемиологического изучения инсульта получены базовые данные о заболеваемости, смертности, межрегиональных различиях этих показателей, а также об их динамике. Тем не менее в настоящее время интерес к подобным исследованиям остается значительным в связи с имеющейся реальной возможностью осуществления профилактики ОНМК, в частности, в рамках активно разрабатываемых региональных и федеральной программ борьбы с артериальной гипертонией. Данные регистров позволяют объективно оценить эпидемиологическую ситуацию в регионах и влияние на нее масштабных популяционных профилактических вмеша-

тельств. Вовлечение в эпидемиологические исследования инсульта широкого круга врачей и сотрудников кафедр, не имеющих собственного опыта такой работы и не владеющих соответствующей методикой, придает особую значимость методическим аспектам этой работы.

### Регистр инсульта – это очень просто?

К сожалению, у многих клиницистов сложилось впечатление, что изучение инсульта с использованием эпидемиологических методов – дело не очень сложное и доступное практически любой кафедре неврологии. Действительно, что может быть проще – в каждом городе есть станции скорой медицинской помощи, поликлиники и неврологические стационары, где работают квалифицированные специалисты. Сделанные ими записи в соответствующих медицинских документах являются официальными данными, сбор которых (выкопировка) и последующий анализ дают обширный фактический материал. Остается только узнать в местном статистическом управлении число жителей города, их половой и возрастной состав и получить путем несложных расчетов все основные эпидемиологические характеристики инсульта. Такую работу можно поручить не только аспирантам или клиническим ординаторам, но и студентам старших курсов медицинского института.

При планировании клинического исследования необходимы современные диагностические приборы, реактивы. Непосредственной работе предшествует нелегкий процесс освоения методик, предстоит также длительный период тщательного подбора тематических больных. Клинический «материал» собирается постепенно, как правило, в течение нескольких лет, так как в клинике действует принцип «лучше меньше, да лучше».

Другое дело – эпидемиологическая работа, при которой основным и практически единственным инструментом исследователя является блокнот и авторучка. Правда, с широким распространением персональных компьютеров обработку эпидемиологических данных стало легче выполнять с их помощью. Привлекательность эпидемиологической работы обусловлена также тем, что ее актуальность не вызывает сомнения, поскольку она направлена на популяционное изучение сосудистых поражений мозга и ее результаты, конечно, найдут конкретное практическое применение в изучаемом регионе. Несомненно новизна такой работы – в определенном городе (регионе) информация собирается и анализируется, как правило, впервые. Можно, конечно задавать некоторые «наивные» вопросы, например: «Как быть с верификацией характера инсульта?» Ответ будет простым и исчерпывающим: «У нас работают квалифицированные специалисты. Что же – они ишемический инсульт от геморрагического отличить не смогут?». Все это делает эпидемиологические исследования цереброваскулярных заболеваний привлекательными для клиницистов, создает иллюзию их простоты и доступности.

На самом деле регистр инсульта является «живым» исследованием, требующим от врача-невролога ежедневных контактов с больными, экспертной оценки клинических материалов других специалистов. За время существования регистров сложились основные принципы их проведения, позволяющие обеспечить достоверность полученных данных и обоснованность сделанных выводов. Незнание этих

правил может превратить, из-за неадекватности полученной информации, трудоемкое многолетнее исследование в пустую потерю времени. К сожалению, такие прецеденты уже имели место.

Ключевыми положениями, обеспечивающими объективность результатов работы являются: а) полнота собранной информации о больных инсультом; б) достоверность диагностики инсульта.

Полнота собранной информации обеспечивается знанием ее источников и соответствующей организацией работы [6, 9]. Достоверность диагностики инсульта при проведении регистра зависит от принятого в работе уровня верификации.

Можно выделить следующие уровни верификации диагноза при выполнении программы регистра инсульта.

1. Самый низкий уровень – рутинный сбор медицинской документации (выкопировка данных о больных с ОНМК из амбулаторных карт и историй болезни). Этот этап работы необходим и ее поручают обычно медицинским работникам среднего звена. Однако ограничение работы регистра данным уровнем верификации обречено на неудачу. Дефекты такой работы становятся очевидными специалистам с первого взгляда.
2. Уровень экспертной оценки данных о больных с инсультом – сбор и последующая оценка медицинских документов врачом-неврологом регистра. Этот специалист, работая с собранными материалами, проводит квалифицированный анализ обоснованности постановки больного диагноза инсульта, опираясь не столько на диагностическое заключение, сколько на оценку всей совокупности клинических и инструментально-лабораторных данных. Указанный этап работы особенно важен, когда доступна только ретроспективная оценка клинических данных (например, в случае смерти больного до посещения его врачом регистра). Этот уровень верификации может применяться в отдельных случаях, но он не должен стать основным методом получения информации о больных с инсультом.
3. Уровень верификации диагноза непосредственно врачом-неврологом, который лично проводит осмотр большинства больных с возможным ОНМК – независимо от того, находятся они в стационаре или на дому. С той же целью используются повторные плановые осмотры больных, включенных в регистр – в первые три дня заболевания, на 21–28-й день и спустя один год с момента развития инсульта; в ходе повторных осмотров также возможно уточнение диагноза. Этот уровень верификации является наиболее принятым в отечественных эпидемиологических исследованиях инсульта. Однако он имеет свои ограничения – не позволяет проводить диагностику характера заболевания (геморрагический или ишемический инсульт). За рубежом при планировании подобной работы, как правило, предусматривается возможность использования у большинства больных с инсультом нейровизуализационных методик (КТ, МРТ).
4. Высокий уровень – использование для диагностики инсульта и уточнения его характера методов нейрови-

зуализации. В России этому уровню соответствуют лишь отдельные исследования (Якутск) [10].

Ограничение работы регистра только первым и вторым уровнем верификации диагноза «инсульт» неизбежно приводит к значительным дефектам полученных данных (показатели заболеваемости могут отличаться от реальных более, чем в два раза). Подобные исследования и их данные следует рассматривать лишь как ориентировочные, показывающие необходимость организации в регионе полноценного исследования по программе «Регистр инсульта».

Наряду с верификацией диагноза для получения объективных данных о больных с инсультом важным являются следующие факторы: а) размер изучаемой популяции; б) длительность проведения регистра.

Оптимальный размер изучаемой популяции – 120–150 тысяч человек. Меньшее число людей не позволит получить достоверные данные о динамике заболеваемости инсультом.

Важно определить оптимальную длительность проведения регистра. Из-за возможности спонтанного колебания количества инсультов по годам регистрация новых случаев этого заболевания на данной территории должна проводиться в течение двух-трех лет. Для оценки динамики заболеваемости и смертности от инсульта в том или ином регионе регистр проводится более длительное время. Так, в рамках международной программы МОНИКА он проводился непрерывно в течение 10 лет.

Следует иметь в виду, что мониторинг эпидемиологических характеристик инсульта является самостоятельным видом исследования и должно проводиться с соблюдением соответствующих правил.

В настоящее время ВОЗ разрабатывает пути контроля за хроническими неинфекционными заболеваниями в популяции и считает необходимым мониторинг основных эпидемиологических показателей. При этом подчеркивается, что «лучше иметь небольшие по величине, но качественные данные, чем большой массив данных низкого качества». Предлагается трехуровневая система получения достоверной информации, в частности, о больных с инсультом (программа STEPS). Каждый регион волен выбрать свой уровень выполнения данной работы, которую он может сделать качественно.

Первая ступень – работа ограничивается сбором информации о госпитализированных больных (госпитальный регистр инсульта).

Вторая ступень предполагает дополнение данных о госпитализированных больных материалами официальной статистики смертности населения от cerebrovasкулярных заболеваний.

Третья ступень – высшая, она требует организации полноценного регистра инсульта.

### Чем больше регистров инсульта – тем лучше?

Регионы России значительно различаются по социально-экономическому развитию, климато-географическому

положению, возрастному составу и другим популяционным характеристикам. Несомненно, хорошо иметь много работающих длительное время регистров, функционирующих в каждом регионе и получить с их помощью не только одномоментный «срез» ситуации с заболеваемостью, смертностью при инсульте, летальностью больных, состоянием экстренной медицинской помощи, но и информацию о динамике перечисленных показателей — в частности, использовать данные регистров для оценки эффективности различных профилактических программ.

НАБИ приложила много усилий для организации максимально возможного количества регистров, присвоив им в последнее время статус «Национальный регистр». Трудно понять, что этот термин реально отражает. Многие страны периодически проводят анализ факторов риска и их динамики (например, артериальной гипертензии) при обследовании так называемых «Национальных выборок», которые специальным образом формируются и соответствуют возрастному, половому, этническому составу населения страны. Это исследование весьма дорогостоящее и обычно оно финансируется целевым правительственным грантом.

В России также проведено обследование «Национальной выборки» с целью изучения распространенности артериальной гипертензии, информированности больных о своем заболевании, анализа проводимого лечения и эффективности контроля артериальной гипертензии [13].

Наш опыт показывает, что при проведении многоцентровых эпидемиологических исследований необходим постоянный контроль и координация работы участвующих в ней исследовательских групп. При этом на первый план неизбежно выходит обеспечение качества и сопоставимости данных, полученных в разных городах. Научным координаторам таких совместных работ приходится проводить жесткую политику и своевременно исключать из программы центры, организация и результаты работы которых существенно отличаются от других исследовательских групп и не поддаются коррекции [2].

Еще раз подчеркнем одно принципиальное положение: целесообразна организация такого количества регистров, работу которых можно контролировать и быть уверенными в ее качестве. Нет прямой зависимости между числом организованных регистров и значимостью полученных с их помощью данных. Так, весьма качественная информация может быть получена при качественной организации регистров в 5–7 регионах.

Совместная работа НИИ неврологии РАМН и сотрудничающих с ним центров (Москва, Новосибирск, Буденновск, Орел, Краснодар, Якутск, Нальчик) позволила за прошедшие с момента проведения первого регистра 35 лет получить уникальные данные о больных с инсультом. Отметим наиболее важные из них.

— Частота всех случаев инсульта (первичного и повторного) составляет 2,0–3,5 на 1000 жителей в год, а частота первичного инсульта — 1,5–2,2 на 1000. Расчеты, базирующиеся на данных регистров, позволяют считать, что в России ежегодно происходит более 400 тыс. инсультов.

— Смертность при инсульте составляет 0,62–1,28 на 1000 или в среднем 100 на 100 тыс. случаев в год. Выявлены значительные расхождения между данными регистров инсульта и официальной статистикой смертности от cerebrovasкулярных заболеваний (в материалах последней показатели смертности почти в три раза выше, чем аналогичные данные регистров).

— Высокая летальность больных инсультом — в острой стадии заболевания погибают 27–32% больных, а к первому году от момента развития заболевания — 52–63% больных.

— Преобладание ишемических инсультов над геморрагическими в соотношении 5:1. Однако в этих исследованиях (кроме Якутска) для уточнения типа инсульта недостаточно использовалась компьютерная томография головы. В связи с этим приведенные цифры следует рассматривать лишь как ориентировочные.

— Значительный уровень повторных инсультов — 27–32%, показавший важность (наряду с экстренными мерами по госпитализации и лечению больного в специализированном медицинском учреждении) максимально раннего начала их вторичной профилактики.

— Незначительный удельный вес «малого» инсульта, на долю которого приходится лишь 8–10% от всех случаев заболевания.

— Недостаточный уровень госпитализации больных, составивший 40–52%. В то же время в отдельных центрах госпитализируются до 75% больных инсультом (Орел, Якутск). Такая цифра может считаться реально достижимой, и к ней следует стремиться.

— Анализ восстановления нарушенных вследствие инсульта функций показал, что к окончанию первого года с момента развития заболевания полностью зависят от помощи окружающих 5–13% больных. Возвращаются к работе 23% лиц трудоспособного возраста.

Таким образом, при непосредственном участии или методической поддержке Института неврологии к 2000 году были получены базовые данные о заболеваемости, смертности от инсульта, межрегиональных различиях этих показателей, восстановлении у больных нарушенных функций.

Многоцентровое эпидемиологическое исследование инсульта с использованием метода регистра организовано НАБИ в 2000–2001 гг. В настоящее время имеются данные, полученные в 19 городах России в 2001–2003 гг. [1, 4, 8]. Исследованием было охвачено 2 398 498 жителей. В течение 2001 года в популяции лиц 25 лет и старше зарегистрировано 9 998 новых случаев инсульта, что составило 3,36 на 1000 населения. Частота первичного инсульта составила 2,13 и повторного — 0,68 на 1000 жителей в год. Показатель смертности от инсульта оказался равным 1,28 на 1000 лиц в возрасте 25 лет и старше. Подчеркивалось, что по сравне-

нию с данными НИИ неврологии АМН СССР (1972 г.) наблюдалось существенное ухудшение положения с заболеваемостью и смертностью от инсульта.

По данным регистров НАБИ, летальность при инсульте в 2001 году составила 40,4%. Особенно высокой она была у больных с повторным инсультом – 51,8%. В 2001 г. госпитализированы 59,9% больных с инсультом.

Считается, что в исследованных регионах России заболеваемость ишемическим инсультом в 4–5 раз выше, чем геморрагическим. Однако указанные соотношения нельзя назвать верифицированными, т.к. диагностика характера инсульта осуществлялась преимущественно по клиническим критериям. Потому эти данные не могут использоваться для мониторинга ситуации или оценки возможных изменений такого соотношения.

Известно, что эпидемиологические показатели, рассчитанные на всю популяцию (все возрастные группы населения), будут меньшими по величине, чем коэффициенты, характеризующие только взрослое население (лиц старше 20–25 лет). Поэтому их прямое сравнение будет некорректным. Так, показатели заболеваемости инсультом в Москве, по данным Института неврологии в 1972 г. (2,5 случая на 1000 жителей в год) и по данным НАБИ в 2001 г. (3,36 на 1000 жителей в год), только кажутся различными, свидетельствующими о существенном росте числа инсультов (на 34%) за прошедшие 29 лет. При сравнении показателя заболеваемости инсультом в сходных возрастных группах населения они становятся очень близкими: соответственно, в 1972 г. в популяции взрослого населения (Институт неврологии) – 3,5 на 1000 жителей в год и в 2001 г. в сходной по возрасту популяции (НАБИ) – 3,36 на 1000 жителей в год.

Те же закономерности относятся и к показателям смертности населения от инсульта. По данным Института неврологии, этот коэффициент в 1972 г. был 1,0 на 1000 жителей при учете всех возрастных групп населения и 1,4 на 1000 для популяции старше 20 лет. В данных НАБИ (2001 г.) для лиц старше 25 лет коэффициент смертности является весьма близким по величине – 1,28 на 1000 жителей.

Таким образом, одномоментное массовое создание НАБИ в 2000–2001 гг. новых регистров инсульта, судя по имеющимся публикациям, пока не дало какойлибо принципиально новой или чрезвычайно важной информации, которой не располагали бы неврологи нашей страны до настоящего времени.

Надо признать при этом, что НИИ неврологии РАМН, располагая богатой информацией по эпидемиологии цереброваскулярных заболеваний, обращал недостаточное внимание на ее доведение до широких кругов неврологической общественности. Было мало соответствующих журнальных публикаций, а обобщающая эти уникальные данные монография вышла только в 2006 г. [9]. Все это могло создать ложное впечатление об «отсутствии» соответствующей статистики и необходимости срочной организации в России изучения эпидемиологических аспектов инсульта.

## **Маркеры сомнительности (необъективности) данных регистра инсульта**

При анализе полученных материалов организаторы регистров НАБИ впервые столкнулись с новым явлением, которое не встречалось в предыдущие годы ни в одном из регистров в рамках программы, предложенной Институтом неврологии АМН СССР/РАМН. Это явление можно охарактеризовать как колоссальный, не поддающийся рациональному объяснению разброс данных по отдельным регистрам. Показатель заболеваемости инсультом в различных городах варьировал от 1,5 в Ярославле до 8,0 в Твери (на 1000 жителей в год). То есть максимальная и минимальная заболеваемость инсультом различались более чем в пять раз. Показатели смертности от инсульта различались еще в большей степени – в 20 раз (от 0,2 в Иркутске до 4,1 в Твери) [7]. Попытки авторов объяснить этот феномен климато-географическими или экологическими факторами ничего не дали, так же, как и рассуждения о «различиях в качестве медицинской помощи, доли госпитализированных больных» [1].

Указанная особенность касалась практически всех анализируемых показателей. Так, минимальное отношение числа случаев ишемического инсульта к геморрагическому составило 2:1, а максимальное – уже 11:1. Таким же был разброс соотношения первичных и повторных инсультов – от 2:1 до 11:1. Доля госпитализированных больных колебалась от 13,2% до 100%. В отличие от большинства предыдущих эпидемиологических исследований, регистры НАБИ представили совершенно неожиданные данные о том, что показатели заболеваемости и смертности ниже в крупных промышленных центрах, чем в небольших городах. Роль сезонности в возникновении инсультов то оказывалась достоверной (2002 г.), то вдруг достоверность исчезла (2003 г.).

Очевидно, что полученный НАБИ значительный разброс данных регистров в различных городах России не связан с реальным состоянием дел или местными особенностями развития и течения цереброваскулярной патологии. Как можно себе представить более чем 20-кратные (!) различия смертности от инсульта в двух крупных промышленных центрах – Твери и Иркутске (даже с учетом имеющих климато-географических особенностей)? Сам собой напрашивается вывод: выявленные различия объясняются, главным образом, методическими проблемами, несопоставимостью организационных принципов работы отдельных регистров.

Сравнение методик реализации программы регистра инсульта в различных городах в рамках деятельности НАБИ показало, что в «полярных» центрах данная работа проводилась преимущественно в течение только одного года и основывалась, главным образом, на сборе медицинской документации, без обязательной верификации диагноза врачом-неврологом.

Мы сформулировали некоторые положения, которые помогут врачам регистров, а также всем заинтересованным специалистам лучше ориентироваться в обилии цифровой

информации, публикуемой в материалах многочисленных регистров инсульта. Нами выделены некоторые *маркеры (признаки) сомнительности, или необъективности*, данных регистра инсульта. Их условно можно разделить на две нижеприведенные группы.

1. Необычность значения отдельных эпидемиологических характеристик инсульта (заболеваемость, смертность, летальность, а также уровень госпитализации больных, представленность артериальной гипертензии и др.):

– Следует критически подойти к данным регистра, значительно отличающимся от других аналогичных исследований. Так, являются невозможными различия коэффициентов смертности больных в отдельных городах в 20 и более раз.

– Должны насторожить сообщения о показателях смертности от инсульта по данным регистра, приближающихся по величине к данным официальной статистики в том же регионе. Известно, что официальная статистика смертности от цереброваскулярных заболеваний превышает смертность, полученную по данным регистра инсульта, в 2,5–3,0 раза.

– Вызывают естественное удивление публикации, в которых указывается, что в разных центрах госпитализируется от 13,2% до 100% больных инсультом. Естественно, что часть больных инсультом неизбежно остается на дому. Это в первую очередь относится к наиболее тяжелым и, напротив, наиболее легким больным. Оптимальным и реально достижимым уровнем госпитализации можно считать 75%.

2. Отклонение от оптимальной методики организации и функционирования регистра инсульта:

– Длительность выполнения программы регистра ограничена одним годом.

– Врачами-неврологами регистра не проводится осмотр больных с новыми случаями инсульта, независимо от их местонахождения (дом, стационар).

– Исследование проводится в небольшой по размеру популяции (менее 100 тыс. чел.).

– Приводятся данные о соотношении геморрагического и ишемического инсультов в популяции при отсутствии их верификации методами КТ/МРТ.

Перечисленные выше критерии, или маркеры, позволяющие разграничить данные сомнительных и заслуживающих доверия регистров инсульта, помогают неврологам лучше ориентироваться в большом количестве научных публикаций, посвященных проблеме эпидемиологического изучения ОНМК.

## Заключение

Явившись инициатором изучения эпидемиологических аспектов инсульта в нашей стране, оказывая методическую помощь неврологам различных городов в организации регистров инсульта, Институт неврологии РАМН считает себя ответственным за высокое качество получаемых различными исследователями данных. Значимость проблемы также связана с особым статусом сосудистых заболеваний мозга, являющихся важнейшей составляющей в структуре смертности населения России и одной из ведущих причин стойкой утраты трудоспособности. Регистры инсульта не являются локальным исследованием частных проблем цереброваскулярной патологии. Они затрагивают вопросы, относящиеся к глобальным проблемам, таким как состояние здоровья нации, предотвращение «вымирания» населения страны, состояние помощи больным с ОНМК.

Данные регистров могут и должны использоваться для оценки эффективности как региональных, так и федеральных профилактических программ, и в первую очередь тех из них, которые связаны с контролем артериальной гипертензии. Особая роль регистров заключается в том, что они позволяют оценить влияние профилактического вмешательства непосредственно на такие важнейшие показатели, как частота новых случаев заболевания, показатели смертности населения, уровень летальности. С этой целью необходимо создание системы мониторинга эпидемиологической ситуации с инсультом, которая была бы под патронажем государства и получала прямое финансирование. При этом следует иметь в виду, что необходимая длительность такой работы может обеспечиваться двумя путями: 1) повторной организацией регистра в одном и том же регионе с интервалами в 3–5 лет; 2) непрерывной работой регистра инсульта в течение не менее чем 10 лет. Каждый из указанных подходов имеет как положительные моменты, так и свои недостатки. Однако главным для них является обеспечение достоверности получаемых данных. В этой статье мы изложили свои представления об основных направлениях получения объективных показателей при проведении программ регистра инсульта.

Проведенный нами анализ многочисленных исследований по программам регистра инсульта в России показал, что достоверность их результатов не равнозначна. Есть регистры, данные которых заслуживают доверия, и регистры, приводящие явно «фантастические», не поддающиеся логическому объяснению результаты. Нельзя бесстрастно, без соответствующих комментариев, приводить и те и другие материалы, создавая у читателя иллюзию их равноценности. В этой статье мы предложили некоторые критерии, позволяющие формировать дифференцированный подход к результатам регистров инсульта. Надеемся, что они окажутся полезными нашим читателям.

*Этой публикацией авторы открывают дискуссию по вопросам организации регистров инсульта в нашей стране. Приглашаем участвовать в обсуждении и высказать свою точку зрения по данной проблеме все заинтересованные стороны. Несомненно, это будет способствовать дальнейшему сотрудничеству с ведущими научными учреждениями России, занимающимися эпидемиологией цереброваскулярных заболеваний.*

## Список литературы

1. Айриян Н.Ю. Анализ данных эпидемиологического мониторинга инсульта в Российской Федерации. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006.
2. Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты профилактики острых нарушений мозгового кровообращения. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1994.
3. Верецагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы. Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова (Приложение «Инсульт») 2001; 1: 34–40.
4. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России. Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова (Приложение «Инсульт») 2003; 8: 4–9.
5. Колянов В.Б. Инсульт и его профилактика в условиях сельской местности по данным регистра. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1981.
6. Регистр инсульта. Методические рекомендации по проведению исследования. М., 2001.
7. Скворцова В.И., Евзельман М.А. Ишемический инсульт. Орел, 2006.
8. Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Айриян Н.Ю. Эпидемиология инсульта в Российской Федерации. Consilium medicum (Приложение «Системные гипертензии») 2005; 1.
9. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верецагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики. М.: МЕДпресс-информ, 2006.
10. Третьякова Н.Н. Эпидемиология и этнические особенности инсульта в г. Якутске (по данным регистра). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006.
11. Фейгин В.Л. Эпидемиология мозгового инсульта в условиях крупного города Западной Сибири по данным регистра. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 1984.
12. Фейгин В.Л. Эпидемиология и профилактика цереброваскулярных заболеваний в условиях Сибири. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1991.
13. Шальнова С.А. Эпидемиология артериальной гипертонии. В кн.: Чазов Е.И., Чазова И.Е. (ред.) Руководство по артериальной гипертонии. М.: Медиа Медика, 2005: 79–94.
14. Шмидт Е.В., Макинский Т.А. Мозговой инсульт. Заболеваемость и смертность. Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова 1979; 4: 427–432.