

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ О ФАКТОРАХ РИСКА И СИМПТОМАХ ИНСУЛЬТА

Я.Е. Фрис^{1,2}, П.Р. Камчатнов¹

¹Кафедра неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России;

²отделение неврологии медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Контакты: Павел Рудольфович Камчатнов pravkam7@gmail.com

Цель исследования — изучение информированности представителей московской популяции о факторах риска развития инсульта.

Материалы и методы. С помощью специально разработанной полуколичественной анкеты, включающей 39 открытых и закрытых вопросов, был проведен опрос пациентов, находящихся на стационарном лечении в неврологических отделениях 3 стационаров г. Москвы по поводу ишемических инсультов, хронических сосудистых заболеваний головного мозга, болевых синдромов ($n = 500$), и родственников пациентов с ишемическим инсультом ($n = 45$).

Результаты и заключение. Настоящее исследование показало низкий уровень информированности пациентов неврологических отделений о факторах риска и симптомах инсульта в целом, а также отсутствие специальных знаний у пациентов с высоким риском развития инсульта. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения образовательных программ для повышения информированности об инсульте населения в целом и лиц с высоким риском инсульта.

Ключевые слова: информированность, факторы риска, симптомы, инсульт

AWARENESS OF THE RISK FACTORS AND SYMPTOMS OF STROKE IN NEUROLOGY UNIT PATIENTS

Ya.E. Fris^{1,2}, P.R. Kamchatnov¹

¹Department of Neurology and Neurosurgery, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia;

²Department of Neurology, Medical Center, Department for Presidential Affairs of the Russian Federation, Moscow

Aim — to study the awareness of the risk factors of stroke among the representatives of the Moscow population.

Materials and methods. Using a specially designed semi-quantitative questionnaire comprising 39 open and closed questions, a survey was conducted in 500 patients with ischemic stroke, chronic cerebrovascular diseases, pain syndromes being treated in the neurological departments of three Moscow hospitals, and 45 relatives of patients with ischemic stroke.

Results and conclusion. The present study showed low awareness of the neurological department patients about risk factors and symptoms of stroke in general, and the lack of expertise in patients with high risk of stroke. The findings suggest the need for educational programs to raise awareness of stroke in general population and for people at risk for stroke.

Key words: awareness, risk factors, symptoms, stroke

Введение

Повышение информированности населения о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактике играет важную роль в снижении заболеваемости и смертности. Эффективность лечения больного с инсультом в значительной степени определяется сроками начала оказания медицинской помощи и распознаванием признаков инсульта самим пациентом или окружающими. Причинами задержек обращения за медицинской помощью являются неосведомленность населения о симптомах инсульта, непонимание их значения, отрицание серьезности заболевания и уверенность в самопроизвольном излечении [1].

Наиболее часто информирование населения о факторах риска и проявлениях инсульта происходит

из средств массовой информации [2–4], а также родственниками и близкими, располагающими сведениями о данном заболевании; в редких случаях информация поступает от медицинских работников и из специализированной литературы [5–9]. Пожилые люди чаще получают информацию в результате оздоровительных кампаний или от наблюдающих их врачей, а более молодые — из телепередач [5, 10]. Проведено большое количество исследований информированности населения о факторах риска и проявлениях инсульта, а также эффективности образовательных программ. Опрос 942 родственников пациентов, ранее не переносивших инсульт, показал, что 21 % опрошенных не могли назвать ни единого фактора риска инсульта, 45 % не назвали головной мозг органом, стра-

дающим при инсульте, 7 % были уверены в пользе применения массажа, а 23 % не смогли назвать ни одного симптома инсульта. При опросе 1880 жителей штата Огайо (США) верно выбрали один из предложенных вариантов ответов 68 % респондентов, в возрастной группе старше 75 лет этот показатель составил 56 %. Только 57 % респондентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ), назвали повышение артериального давления (АД) фактором риска инсульта, 35 % курильщиков назвали курение фактором риска, а сахарный диабет (СД) как фактор риска был назван 13 % опрошенных, страдающих СД. Только 57 % опрошенных правильно назвали один из предложенных симптомов развития инсульта [11]. В Пакистане в 2007 г. факторами риска инсульта чаще всего назывались АГ (69 %) и стресс (56 %), 13 % опрошенных не смогли назвать ни одного фактора риска, 11 % не знали ни одного проявления инсульта [12, 13]. В исследовании с использованием открытых вопросов знание хотя бы одного симптома инсульта показали менее 50 % респондентов [14].

Более половины опрошенных пациентов, перенесших инсульт, и ухаживающих за ними лиц не смогли назвать ни одного фактора риска и симптома инсульта, а 35 % не могли определить порядок действий при развитии инсульта. Ухаживающие за пациентами были лучше информированы об инсульте, чем больные. Как следствие, 28 % респондентов с инсультом не придерживались рекомендаций по медикаментозному лечению, 26 % не наблюдались у врача в течение года, менее 40 % придерживались рекомендованной диеты. Низкая осведомленность оказалась ассоциированной с повышенным риском развития повторного инсульта [15].

При анализе 15 исследований, проведенных с 1997 по 2004 г., оказалось, что как минимум 20 % опрошенных не смогли назвать ни одного фактора риска инсульта [16]. Более 2 факторов риска инсульта назвали верно 25–62 % опрошенных. При использовании открытых вопросов в качестве фактора риска инсульта чаще называлась АГ (27,5–51,2 %) [2, 7, 11, 12, 17, 18], а при выборе правильного варианта из предложенных АГ называли 95 % опрошенных [5, 19]. Реже в качестве фактора риска называлось курение (18–50 %) [2, 7, 11, 12, 18]. Значительная часть опрошенных называла в качестве факторов риска инсульта стресс (21–35 %) и неправильное питание (11–32 %) [2, 7, 11, 12, 18]. Убежденность значительного числа респондентов о роли стресса в развитии инсульта подтверждена и более поздними исследованиями [19–21]. Такие факторы риска, как возраст, наличие мерцательной аритмии (МА) и СД называли менее чем 5 % респондентов [2, 7, 11, 12, 18], за исключением исследований, где была возможность выбрать правильный ответ среди нескольких вариантов [19]. Опрошенные в возрастной категории 18–30 лет в качестве важного фактора риска инсульта чаще всего называли нездоровый образ

жизни (32,8 %), а респонденты старше 65 лет «самым важным» фактором риска называли АГ (44 %) [5].

Телефонный опрос 1880 человек показал, что опрошенные, страдающие АГ, СД, а также курильщики называют указанные заболевания и курение в качестве факторов риска инсульта чаще, чем здоровые [11]. Эти данные позже были подтверждены в том же регионе и в Великобритании [2, 20], хотя есть данные о том, что уровень знаний о факторах риска инсульта не отличается у респондентов, имеющих и не имеющих таковые заболевания [22]. Интересно, что респонденты, перенесшие транзиторную ишемическую атаку (ТИА), чаще относили сами себя к лицам с повышенным риском развития инсульта (62 %), чем перенесшие инсульт (42 %) [17]. Многофакторный анализ показал, что высокий уровень образования и социально-экономический статус достоверно влияют на лучшее знание факторов риска инсульта [8]. Более полные знания о факторах риска инсульта достоверно связаны с молодым возрастом, женским полом, белой расой, длительностью образования [2, 11, 12], инсультом, перенесенным ближайшими родственниками [7], наличием АГ [2, 7, 11, 12], гиперхолестеринемии, употреблением более 2 доз алкоголя в день [2].

Для изучения информированности населения о факторах риска и проявлениях инсульта из 169 исследований было отобрано 39 [23]. При использовании открытых вопросов количество респондентов, способных правильно назвать хотя бы один фактор риска инсульта, составило 18–94 %, при использовании закрытых – 42–97 %. Один симптом инсульта, по данным исследований с открытыми вопросами, смогли назвать верно 25–72 % респондентов, с закрытыми вопросами – 95–100 % опрошенных. Большинство опрошенных получали информацию, связанную с инсультом, от знакомых или от членов семьи.

Таким образом, имеющиеся данные свидетельствуют о низкой осведомленности населения о причинах возникновения, симптомах и факторах риска инсульта, об отсутствии понимания пациентами важности сокращения догоспитального этапа при инсульте.

Материалы и методы

С помощью специально разработанной полуквалификационной анкеты, включающей 39 открытых и закрытых вопросов, был проведен опрос 500 пациентов, находящихся на стационарном лечении в неврологических отделениях 3 стационаров г. Москвы по поводу ишемических инсультов, хронических сосудистых заболеваний головного мозга, болевых синдромов ($n = 500$), и родственников пациентов с ишемическим инсультом ($n = 45$). Среди опрошенных было 294 женщины (58,8 %) и 206 мужчин (41 %). Возраст респондентов составил от 16 до 89 лет, средний возраст – $59,21 \pm 15,9$ лет. Длительность образования более 51 % опрошенных превышала 14 лет (в среднем $13,1 \pm 2,17$).

Основную группу исследования составили респонденты, перенесшие первичный (или повторный) инсульт или ТИА ($n = 149$). В группу контроля вошли респонденты, не переносившие ранее инсульт ($n = 351$). Группы сформированы методом сплошной выборки. Возраст респондентов в основной группе составлял $65,9 \pm 10,8$, в группе сравнения — $56,4 \pm 17,14$ года.

Протокол исследования был одобрен этическим комитетом ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Перед началом исследования пациенты подписывали информированное согласие.

Все респонденты, принимавшие участие в исследовании, проходили опрос методом прямого интервьюирования. Первая часть анкеты включала в себя демографические данные (пол, возраст, профессия, длительность образования, наличие группы инвалидности), анамнестические данные (АГ, СД, ишемическая болезнь сердца (ИБС), курение, семейный анамнез), данные о принимаемой респондентом лекарственной терапии, о регулярности посещения медицинских учреждений. Вторая часть анкеты состояла из вопросов, касающихся знаний респондента о симптомах и факторах риска инсульта, о гипертонической болезни, СД, атеросклерозе.

Кроме того, обследование включало оценку выраженности когнитивного дефицита с использованием шкалы MMSE [24], выявление тревожных и депрессивных нарушений (Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)) [25].

Полученные результаты обработаны статистически с использованием пакета программного обеспечения SPSS (версия 15.0).

Для выявления соотношений между номинативными переменными применялись таблицы сопряженности (кросстабуляции) и критерий хи-квадрат (χ^2 square tests). Для вычисления силы связи между переменными использовался коэффициент Крамера (Cramer). Для вычисления корреляций между метрическими переменными применялась функция двумерной корреляции. С целью оценки средних значений в основной группе и группе сравнения применялся однофакторный дисперсионный анализ (one-way analysis of variance). Для сравнения совместного влияния нескольких факторов применялся многофакторный дисперсионный анализ. Проверялись гипотезы о главном эффекте одного из факторов, а также о взаимодействии факторов. Для оценки долей использовался критерий Z с проверкой нулевой гипотезы о равенстве долей.

Результаты

При анализе представленности основных факторов сердечно-сосудистого риска оказалось, что АГ была зарегистрирована у 355 человек (71 %) (табл. 1). В возрастной группе старше 50 лет АГ была диагностирована у 84,8 % респондентов, а в группе старше 60 лет — у 91,6 % респондентов. АГ среди женщин наблюдалась

Таблица 1. Распределение факторов риска среди респондентов

Показатель	Значение	Частота, n	Доля, %
АГ в анамнезе	нет	145	29,0
	да	355	71,0
Длительность АГ	< 5 лет	153	43,1
	5–10 лет	66	18,6
	> 10 лет	136	38,3
СД в анамнезе	да	56	11,2
	нет	444	88,8
ОНМК в анамнезе	да	71	14,2
	нет	429	85,8
Давность ОНМК	< 1 года	4	5,6
	1–5 лет	38	53,5
	> 5 года	29	40,8
Повторные ОНМК	однократное ОНМК	46	65,0
	повторные ОНМК	25	35,0
ТИА в анамнезе	однократно	18	3,6
	многократно	2	0,4
Локализация ТИА	базиллярная система	8	44,4
	каротидная система	8	44,4
	неизвестно	2	11,1
Давность ТИА	< 1 года	6	33,3
	> 1 года	12	66,7
МА в анамнезе	нет	446	89,2
	пароксизмальная форма	28	5,6
	постоянная форма	26	5,2
Длительность МА	< 1 года	3	5,6
	1–5 лет	36	66,7
	> 5 лет	15	27,8
ИБС в анамнезе	да	268	53,6
	нет	232	46,4
Курение в анамнезе	да	116	23,2
	нет	384	76,8

у 74,1 % опрошенных, в возрасте старше 60 лет — у 91,6 %. Среди мужчин АГ наблюдалась у 66 % опрошенных, в возрастной группе старше 60 лет — у 91,5 %. Среди курильщиков распространенность АГ составила 64,7 % в общей группе, среди курильщиков старше 50 лет —

83,1 %. О своем заболевании знали 96,1 % респондентов с АГ. Длительность АГ 1–5 лет была зафиксирована у 43,1 % респондентов, 5–10 лет – у 18,6 %, > 10 лет – у 38,3 %; СД 2-го типа страдали 11,2 % респондентов. Среди лиц в возрасте старше 60 лет распространенность СД 2-го типа составила 16,9 %. В группе респондентов старше 60 лет с СД 2-го типа 10 пациентов (32,2 %) ранее перенесли ишемический инсульт, 86,7 % страдали ИБС, а 17,4 % перенесли инфаркт миокарда (ИМ), 71 (14,2 %) респондент перенес острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), из них 25 (35 %) повторно, 20 респондентов перенесли ТИА. У 54 респондентов в анамнезе отмечалось наличие МА (у 28 (5,6 %) из них – пароксизмальная форма), у 26 (5,2 %) – постоянная форма фибрилляции предсердий, 116 (23,2 %) курящих респондентов.

При оценке эмоционального состояния респондентов оказалось, что у 64,4 % отсутствовали достоверно выраженные проявления депрессии (значения по шкале HADS < 8 баллов), 23,2 % респондентов имели субклинически выраженную депрессию (8–10 баллов), 12,4 % – тяжелую форму депрессии. У 62,0 % опрошенных отсутствовали проявления клинически выраженной тревоги, у 22,0 % имела место субклинически выраженная тревога, у 16 % отмечалась выраженная тревога.

При оценке когнитивных функций среднее значение результата выполнения теста MMSE составило $28,01 \pm 2,06$ балла. Умеренные когнитивные расстройства наблюдались у 20 % опрошенных (табл. 2).

Таблица 2. Распространенность факторов риска, результаты MMSE и HADS, частота приема лекарственных препаратов в группах

Показатель	Основная группа	Группа сравнения	p
АГ, %	91,3	62,4	< 0,001
СД, %	16,8	10,0	0,047
ИБС, %	85,0	40,2	< 0,001
ИМ, %	11,4	4,8	0,013
МА, %	22,8	5,7	< 0,001
Курение, %	30,9	19,9	0,011
MMSE, баллы	27,1	28,3	< 0,001
HADS (тревога), баллы	$6,56 \pm 2,98$	$7,18 \pm 3,54$	0,224
HADS (депрессия), баллы	$7,05 \pm 3,59$	$6,52 \pm 3,33$	0,294
Прием препаратов (АСК), %	40,3	15,4	< 0,001
Прием статинов, %	4,0	3,7	0,924

Различий в длительности образования не было. Результаты теста MMSE были достоверно выше в группе сравнения ($27,1 \pm 2,1$ и $28,3 \pm 1,9$ балла; $p = 0,005$). В основной группе значимо чаще выявлялись такие факторы риска, как АГ, СД, ИБС, ИМ, МА, курение. Кроме того, респонденты основной группы достоверно чаще принимали препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) (см. табл. 2).

На вопрос «Знаете ли Вы факторы риска инсульта?» 391 респондент ответил положительно (78,2 %). На открытый вопрос «Назовите известные Вам факторы риска инсульта» были получены различные варианты ответов: 21,2 % респондентов не смогли назвать ни одного фактора риска инсульта, 14 % назвали только 1 фактор риска инсульта, 48 % смогли верно назвать > 2 факторов (табл. 3, ч. 1). Всего АГ в качестве фактора риска инсульта назвали 45,6 % респондентов, 47,5 % респондентов, страдающих АГ, 48,5 % респондентов с длительностью АГ более 10 лет, 46,8 % респондентов старше 40 лет, 45 % респондентов, страдающих СД 2-го типа, 46,9 % респондентов, имевших максимальные цифры АД > 150 мм рт. ст., 40,9 % респондентов с привычными цифрами АД > 140 мм рт. ст., 47,7 % респондентов, перенесших ишемический инсульт. Различия между ответами респондентов основной группы и группы сравнения были статистически незначимы ($z_{\text{критерий долей}} = -1,954$ при $z_{\text{критическое}} = 1,96$).

Курение в качестве фактора риска развития инсульта назвали 16,8 % респондентов. В возрастной группе респондентов старше 65 лет этот показатель составил лишь 10,3 %. Женщины называли курение фактором риска значимо реже (12,2 % против 23,3 % мужчин, $p = 0,002$). При этом различия в ответах курящих респондентов разного пола были еще значительнее – 9,8 % курящих женщин против 30,7 % курящих мужчин ($p = 0,021$). Различия между ответами респондентов основной группы и группы сравнения были статистически незначимы ($z_{\text{критерий долей}} = -1,933$ при $z_{\text{критическое}} = 1,96$) (табл. 3, ч. 2).

Всего 40,8 % респондентов называли стресс фактором риска инсульта, среди них – 45,1 % респондентов, перенесших инсульт, и 45,9 % респондентов с высшим образованием.

В основной группе гиподинамия называлась значимо чаще (8,7 %), чем в группе сравнения (8,3 %) ($z_{\text{критерий долей}} = -2$ при $z_{\text{критическое}} = 1,96$). Избыточный вес и избыточное питание фактором риска инсульта называли 6,8 и 12,4 % респондентов соответственно. В качестве фактора риска инсульта СД называли 16,7 % респондентов, страдающих этим заболеванием, и 4,8 % респондентов старше 60 лет. В основной группе СД назывался значимо реже (4,7 %), чем в группе сравнения (5,1 %) ($z_{\text{критерий долей}} = -0,996$ при $z_{\text{критическое}} = 1,96$).

Положительный ответ на вопрос «Знаете ли Вы факторы риска инсульта?» был связан с наличием МА (критерий $\chi^2 = 8,3$, $p < 0,05$) и с наличием группы

Таблица 3. Информированность о факторах риска инсульта (1 ч.)

Изучаемые факторы		Количество на- званных факто- ров риска	Количество верно выбранных факто- ров риска из 6 пред- ложенных	АГ, %	СД, %	ИБС/ИМ/МА, %
Группы исследования	<i>все респонденты</i>	2,24	3,74	45,6	5,0	4,4
	<i>респонденты, перенесшие ОНМК</i>	2,2	3,56	47,7	4,7	5,4
	<i>респонденты, не пе- реносившие ОНМК</i>	2,26	3,82	44,7	5,1	4,0
	<i>p</i>	0,769	0,115	0,605	0,840	0,646
Пол	<i>мужчины</i>	2,37	3,76	43,2	4,9	4,9
	<i>женщины</i>	2,15	3,73	47,3	5,1	4,1
	<i>p</i>	0,204	0,862	0,415	0,915	0,636
Возраст	<i>до 40 лет</i>	2,42	3,71	38,2	5,9	5,9
	<i>старше 40 лет</i>	2,21	3,75	46,8	4,9	4,2
	<i>p</i>	0,395	0,846	0,233	0,958	0,752
АГ в анамнезе	<i>респонденты с АГ</i>	2,23	3,75	47,5	4,8	4,2
	<i>респонденты без АГ</i>	2,28	3,72	41,4	5,5	4,8
	<i>p</i>	0,780	0,830	0,253	0,7334	0,955
Длительность АГ	<i>1–5 лет</i>	2,183	3,77	43,8	3,9	2,6
	<i>5–10 лет</i>	2,287	3,85	53,0	1,5	6,1
	<i>> 10 лет</i>	2,257	3,68	48,5	7,4	5,1
	<i>p</i>	0,903	0,787	0,426	0,152	0,403
СД в анамнезе	<i>респонденты с СД</i>	2,38	3,65	45,0	16,7*	3,3
	<i>респонденты без СД</i>	2,22	3,75	45,7	3,4*	4,5
	<i>p</i>	0,547	0,645	0,969	< 0,001	0,926
ИМ в анамнезе	<i>респонденты с ИМ</i>	1,95	3,79	55,9	5,9	5,9
	<i>респонденты без ИМ</i>	1,87	3,74	44,8	4,9	4,3
	<i>p</i>	0,548	0,849	0,265	0,661	0,662
Курение	<i>курящие</i>	2,37	3,72	47,4	2,6	4,3
	<i>некурящие</i>	2,2	3,75	45,1	5,7	4,4
	<i>p</i>	0,416	0,894	0,654	0,173	0,631
Источник информации об инсульте	<i>врачи</i>	1,73	4,77	96,2	15,4	3,8
	<i>СМИ</i>	3,06	4,11	48,6	4,2	6,9
	<i>заболевания род- ственников</i>	2,58	3,9	56,4	0,9	0,0
	<i>p</i>	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,002	0,098
Частота обраще- ния в медицинские учреждения	<i>реже 1 раза в год</i>	2,74	4,2	55,6	5,6	4,4
	<i>1 раз в год</i>	1,93	3,58	33,9	1,8	1,8
	<i>несколько раз в год</i>	2,05	3,46	47,0	4,3	3,4
	<i>1 раз в месяц</i>	2,25	3,78	46,7	7,1	6,5
	<i>p</i>	< 0,001	0,012	0,021	0,247	0,268

Таблица 3. Информированность о факторах риска инсульта (2 ч.)

Изучаемые факторы		Курение, %	Стресс, %	Гиподинамия/ избыточный вес, %	Гиперхолестеринемия, %
Группы исследования	<i>все респонденты</i>	16,8	40,8	10,8	7,8
	<i>респонденты, перенесшие ОНМК</i>	12,1	40,9	10,7	6,0
	<i>респонденты, не переносившие ОНМК</i>	8,8	40,7	10,8	8,5
	<i>p</i>	0,069	0,954	0,696	0,439
Пол	<i>мужчины</i>	23,3	41,3	13,1	7,3
	<i>женщины</i>	12,2	40,8	9,1	8,2
	<i>p</i>	0,002	0,926	0,202	0,642
Возраст	<i>до 40 лет</i>	29,4	38,2	11,7	13,2
	<i>старше 40 лет</i>	14,8	41,2	10,6	6,9
	<i>p</i>	0,005	0,737	0,951	0,116
АГ	<i>респонденты с АГ</i>	14,9	41,7	10,4	7,0
	<i>респонденты без АГ</i>	21,4	38,6	11,7	9,7
	<i>p</i>	0,103	0,569	0,790	0,402
Длительность АГ	<i>1–5 лет</i>	14,4	43,8	12,4	5,9
	<i>5–10 лет</i>	18,2	37,9	9,1	4,5
	<i>более 10 лет</i>	14,0	41,2	8,8	9,6
	<i>p</i>	0,710	0,709	0,628	0,323
СД	<i>респонденты с СД</i>	10,0	41,7	15,0	10,0
	<i>респонденты без СД</i>	17,7	40,7	10,2	7,5
	<i>p</i>	0,189	0,994	0,369	0,674
ИМ в анамнезе	<i>респонденты с ИМ</i>	14,7	29,4	11,8	2,9
	<i>респонденты без ИМ</i>	17,0	41,6	10,7	8,2
	<i>p</i>	0,914	0,224	0,922	0,436
Курение	<i>курящие</i>	23,3	46,6	12,9	5,2
	<i>некурящие</i>	14,8	39,1	10,2	8,6
	<i>p</i>	0,045	0,163	0,500	0,316
Источник информации об инсульте	<i>врачи</i>	3,8	11,5	3,8	11,5
	<i>СМИ</i>	29,2	38,9	29,2	12,5
	<i>заболевания родственников</i>	17,9	59,0	10,3	6,0
	<i>p</i>	0,009	< 0,001	0,005	0,202
Частота обращения в медицинские учреждения	<i>реже 1 раза в год</i>	22,2	46,7	16,7	7,8
	<i>1 раз в год</i>	15,6	39,4	9,2	4,6
	<i>несколько раз в год</i>	12,8	41,0	10,3	7,7
	<i>1 раз в месяц</i>	17,4	38,6	8,8	9,8
	<i>p</i>	0,337	0,628	0,262	0,462

инвалидности (критерий $\chi^2=12,16$, $p=0,007$). Также связанными между собой оказались такие показатели, как наличие СД и выбор его респондентами в качестве фактора риска инсульта (критерий $\chi^2=19,53$, $p=0,001$).

Не было выявлено связи между ответом на вопрос закрытого типа «Знаете ли Вы факторы риска инсульта?» и указанием АГ, СД, ИБС, возраста, гиперхолестеринемии, избыточного веса, гиподинамии в качестве факторов риска инсульта.

Количество правильно названных факторов риска инсульта составило $2,2 \pm 1,8$. Чаще всего (26,8 %) назывались 2 фактора риска инсульта, 21,2 % респондентов не назвали ни одного фактора риска инсульта, 38 % респондентов назвали больше 2 факторов.

При выборе респондентами факторов риска инсульта из 6 предложенных вариантов («открытые вопросы»: АГ, СД 2-го типа, ИБС, курение, наследственность, возраст) оказалось, что в среднем респонденты выбрали по $3,74 \pm 1,64$ варианта факторов риска инсульта. Чаще всего респонденты выбирали по 5 правильных вариантов из предложенных (24,4 % опрошенных), 2,8 % опрошенных не смогли правильно выбрать ни одного фактора риска из предложенных вариантов, 77 % опрошенных смогли правильно выбрать больше 2 факторов риска инсульта из числа предложенных. Значимой корреляции между возрастом респондентов, максимальными цифрами систолического АД, количеством названных факторов риска инсульта, а также количеством верно выбранных факторов риска инсульта выявлено не было. Статистически значимая корреляция наблюдалась между уровнем образования и количеством правильно названных факторов риска инсульта ($r=0,135$, $p=0,003$). Также положительная корреляция наблюдалась между количеством правильно названных факторов риска инсульта и количеством правильно выбранных факторов риска из 6 предложенных ($r=0,53$, $p=0,001$).

Значимых различий между основной группой и группой сравнения в количестве названных факторов риска инсульта ($p=0,769$), а также в количестве верно выбранных из 6 предложенных факторов риска инсульта выявлено не было ($p=0,115$).

Интересно, что наилучшие знания факторов риска инсульта были у респондентов, назвавших основным источником знаний о факторах риска и симптомах инсульта средства массовой информации и имеющиеся заболевания у родственников (средние значения количества названных факторов риска инсульта $3,06 \pm 1,69$ и $2,58 \pm 1,63$ соответственно, $p<0,001$). Те, кто назвали основным источником информации общение с врачами, показали наихудшие результаты (среднее значение количества названных факторов риска инсульта $1,73 \pm 1,7$, $p<0,001$). Необходимо отметить, что респонденты, получившие информацию об инсульте от врачей, значительно чаще назвали АГ

и СД в качестве факторов риска инсульта, однако гиподинамия, избыточный вес и курение назывались ими значимо реже.

При проведении многофакторного дисперсионного анализа было выявлено, что наличие ИМ в анамнезе значимо увеличивает количество названных факторов риска инсульта в основной группе по сравнению с группой контроля ($p=0,039$). Таким образом, респонденты, перенесшие ИМ и инсульт, оказались лучше информированными о факторах риска инсульта по сравнению с теми, кто имел в анамнезе только инсульт.

Все респонденты, участвовавшие в исследовании, отвечали на вопросы, касающиеся знания симптомов инсульта. На вопрос «Назовите известные Вам симптомы инсульта» были получены следующие варианты ответов. Односторонняя слабость половины тела называлась симптомом инсульта 74 % респондентов в общей группе. Различий в ответах мужчин и женщин не наблюдалось. Среди респондентов, ранее перенесших инсульт, 83,1 % опрошенных назвали одностороннюю слабость половины тела симптомом инсульта. Нарушение чувствительности в половине тела как симптом инсульта назвали 11 % респондентов. Гипестезию в качестве симптома инсульта назвали 10 % пациентов, перенесших ТИА в анамнезе, 8,5 % респондентов, перенесших инсульт в анамнезе, 6,9 % респондентов старше 70 лет, 15,8 % респондентов, родственники которых перенесли инсульт. Зрительные нарушения назвали симптомом инсульта 7,0 % опрошенных, перенесших инсульт в анамнезе, 15,0 % респондентов, перенесших ТИА, 6,6 % опрошенных, родственники которых перенесли инсульт. Речевые нарушения назвали симптомом инсульта 17,4 % респондентов в общей группе. Нарушения речи симптомом инсульта назвали 13,8 % респондентов старше 70 лет, 15 % респондентов, перенесших ТИА, 14,1 % респондентов, перенесших инсульт, 22,4 % респондентов, родственники которых перенесли инсульт. Нарушение координации и головокружение назвали проявлением инсульта 16,4 % респондентов, среди респондентов, перенесших инсульт, данный показатель составил 23,1 %.

Ни одного симптома инсульта не смогли назвать 16,6 % ($n=83$) респондентов, верно назвали 1 симптом инсульта 48 % ($n=242$), 2 – 25 % ($n=129$), 3 – 4,6 % ($n=23$), 4 – 2 % ($n=10$), 5 – 0,6 % ($n=3$) и 6 – 2 % ($n=10$). Значимых различий между основной группой и группой сравнения в количестве верно названных симптомов инсульта выявлено не было. Лучше о симптомах инсульта были информированы респонденты, назвавшие основным источником полученной информации заболевание родственников (среднее значение названных симптомов – 1,67, $p<0,001$), респонденты, кто желал бы получать информацию об инсульте в основном от врачей (среднее значение названных симптомов – 1,53, $p<0,001$), а также респонденты,

измерявшие дома уровень АД регулярно и нерегулярно (средние значения количества названных симптомов — 1,45 и 1,46 соответственно, $p = 0,005$).

Обсуждение

Проведенное исследование выявило низкую информированность респондентов о факторах риска и симптомах инсульта в целом. Знания респондентов, перенесших инсульт и ТИА, и респондентов, не перенесших ОНМК, не имели статистически значимых различий. Включение в анализ гендерного фактора также не показало статистически значимого влияния данного фактора, а также его взаимовлияния с исследуемыми группами респондентов на количество верно названных факторов риска и симптомов инсульта ($p = 0,223$). При этом наличие высшего образования оказывало статистически значимое влияние на результаты опроса ($p = 0,005$). Респонденты с высшим образованием называли достоверно больше как факторов риска, так и симптомов инсульта, независимо от наличия перенесенного ОНМК.

Только респонденты с СД оказались информированными о том, что их заболевание является существенным фактором риска инсульта, в отличие от респондентов с АГ, МА, ИБС, гиперхолестеринемией. Эти данные могут свидетельствовать о недостаточном информировании пациентов профильными специалистами.

По результатам исследования, курению, как важному фактору риска инсульта, больше уделяют внимание респонденты молодого возраста, в то время как в группе опрошенных старшего возраста, где возрастает количество имеющихся факторов риска, курение неоправданно становится менее важным для пациентов.

Обращает на себя внимание тот факт, что существенные различия в информированности о факторах риска инсульта были выявлены в группах респондентов, имевших разные источники информации об инсульте и посещавших медицинские учреждения с различной частотой. Респонденты, назвавшие основным источником информацию, почерпнутую от врачей, называли достоверно меньше факторов риска инсульта, но при этом выбирали достоверно больше верных факторов риска из 6 предложенных. Эти респонденты достоверно чаще называли АГ и СД факторами риска инсульта, а стресс, гиподинамию и курение — значимо реже. Такие результаты могут свидетельствовать о повышенном внимании врачей к проблеме коррекции проявлений АГ и СД, в то время как курение, неправильное питание и гиподинамия обсуждаются существенно реже.

Полученные данные свидетельствуют также о том, что чем чаще респонденты посещают медицинские учреждения, тем достоверно лучше они информированы о факторах риска инсульта (те, кто обращался к врачам не реже 1 раза в месяц, называли в среднем по 2,25 фактора риска инсульта). Вместе с тем больше всего факторов риска инсульта называли те, кто обращался к врачам только по поводу острых заболеваний — реже 1 раза в год, что также свидетельствует о недостаточном внимании врачей к проблемам повышения информированности пациентов о профилактике инсульта.

Данные многофакторного дисперсионного анализа могут свидетельствовать о том, что врачами-кардиологами лучше проводится работа по повышению информированности о мерах профилактики сердечно-сосудистых заболеваний пациентов, перенесших ИМ, чем врачами-неврологами — пациентов, перенесших ОНМК.

Результаты опроса показали отсутствие различий в знаниях о симптомах инсульта респондентов, имеющих высокий и низкий риск развития ОНМК. Однако обучение лиц из группы высокого риска может быть эффективной мерой по сокращению времени обращения за медицинской помощью при инсульте, что в результате будет способствовать более частому проведению тромболитической терапии.

Анализ результатов проведенных к настоящему времени образовательных программ повышения информированности об инсульте населения в целом и лиц с высоким риском инсульта показал значительное повышение знаний о факторах риска и симптомах инсульта среди участников программы [26]. Кроме того, программы обучают людей правильному поведению при появлении симптомов инсульта. Получение знаний не зависит от возраста и уровня образования. Для максимального охвата населения была показана существенная эффективность использования средств массовой информации, имеющих наибольший информационный охват, — такие программы снижают различия в информированности населения о симптомах инсульта, связанных с возрастом и уровнем образования [27].

Заключение

Полученные данные подтверждают необходимость разработки обучающих программ не только для врачей, но и для населения в целом. Подобные образовательные программы должны быть доступны для всех социальных групп, для людей всех возрастов и с разным уровнем образования. Информирование и обучение должно быть направлено как на лиц с высоким риском развития инсульта, так и на все население в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008; 25(5):457–507.
2. Schneider A.T., Pancioli A.M., Khoury J.C. et al. Trends in community knowledge of the warning signs and risk factors for stroke. *JAMA* 2003;289:343–6.
3. Nedeltchev K., Fischer U., Arnold M. et al. Low awareness of transient ischemic attacks and risk factors of stroke in a Swiss urban community. *J Neurol* 2007;254(2):179–84.
4. Müller-Nordhorn J., Nolte C.H., Rossnagel K. et al. Knowledge about risk factors for stroke. A population-base survey with 28,090 participants. *Stroke* 2006;37(4):946–50.
5. Parahoo K., Thompson K., Cooper M. et al. Stroke: awareness of the signs, symptoms and risk factors – a population-based survey. *Cerebrovasc Dis* 2003;16(2):134–40.
6. Evci E., Memis S., Ergin F., Beser E. A population-based study on awareness of stroke in Turkey. *Eur J Neurol* 2007; 14:517–22.
7. Sug Yoon S., Heller R., Levi C. et al. Knowledge of stroke risk factors, warning symptoms, and treatment among an Australian urban population. *Stroke* 2001;32(8):1926–30.
8. Pandian J., Jaison A., Deepak S. et al. Public awareness of warning symptoms, risk factors, and treatment of stroke in northwest India. *Stroke* 2005;36:644–8.
9. DuBard C., Garrett J., Gizlice Z. Effect of language on heart attack and stroke awareness among U.S. Hispanics. *Am J Prev Med* 2006; 30:189–96.
10. Nedeltchev K., Fischer U., Arnold M. et al. Low awareness of transient ischemic attacks and risk factors of stroke in a Swiss urban community. *J Neurol* 2007;254(2):179–84.
11. Pancioli A.M., Broderick J., Kothari R. et al. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. *JAMA* 1998;279(16):1288–92.
12. Reeves M.J., Hogan J.G., Rafferty A.P. Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults. *Neurology* 2002;59(10):1547–52.
13. Aly Z., Abbas K., Kazim S.F. et al. Awareness of stroke risk factors, signs and treatment in a Pakistani population. *J Pak Med Assoc* 2009;59(7):495–9.
14. Neau J.P., Ingrand P., Godeneche G. Awareness within the French population concerning stroke signs, symptoms, and risk factors. *Clin Neurol Neurosurg* 2009;111(8):659–64.
15. Koenig K.L., Whyte E.M., Munin M.C. et al. Stroke-related knowledge and health behaviors among poststroke patients in inpatient rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88(9):1214–6.
16. Nicol M.B., Thrift A.G. Knowledge of risk factors and warning signs of stroke. *Vasc Health Risk Manag* 2005;1(2):137–47.
17. Samsa G.P., Cohen S.J., Goldstein L.B. et al. Knowledge of risk among patients at increased risk for stroke. *Stroke* 1997;28:916–21.
18. Carroll C., Hobart J., Fox C. et al. Stroke in Devon: knowledge was good, but action was poor. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2004; 75:567–71.
19. Rowe A.K., Frankel M.R., Sanders K.A. Stroke awareness among Georgia adults: epidemiology and considerations regarding measurement. *South Med J* 2001;94:613–18.
20. Gupta A., Thomas P. General perception of stroke. Knowledge of stroke is lacking. *BMJ* 2002;325:392.
21. Jood K., Redfors P., Rosengren A. et al. Self-perceived psychological stress and ischemic stroke: a case-control study. *BMC Med* 2009;7:53.
22. Kothari R., Sauerbeck L., Jauch E. et al. Patients' awareness of stroke signs, symptoms, and risk factors. *Stroke* 1997;28:1871–5.
23. Jones S.P., Jenkinson A.J., Leathley M.J., Watkins C.L. Stroke knowledge and awareness: an integrative review of the evidence. *Age Ageing* 2010;39(1):11–22.
24. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189–98.
25. Андрюшенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CEN-D, BDI и HADS (d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. *Журн неврол и психиатр* 2003;103(5):11–8.
26. Stern E.B., Berman M., Thomas J.J., Klassen A.C. Community education for stroke awareness: An efficacy study. *Stroke* 1999;30(4):720–3.
27. Hodgson C., Lindsay P., Rubini F. Can mass media influence emergency department visits for stroke? *Stroke* 2007;38(7):2115–22.