

ПРОФИЛАКТИКА ФАТАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

И.В. Подсонная, О.А. Зубова, А.Г. Харлова

Госпиталь для ветеранов войн, г. Барнаул
E-mail авторов: pivgosp@mail.ru

Среди больных старше 60 лет отмечается значительная распространенность ишемического инсульта (ИИ) и высокая летальность в остром периоде заболевания. Выявление модифицируемых факторов риска фатального ишемического инсульта у лиц пожилого возраста будет способствовать повышению их выживаемости при развитии острой церебральной ишемии.

Цель исследования: выявить факторы риска летального исхода ишемического инсульта у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Обследовано 164 пациента с клиникой ИИ в возрасте от 66 до 91 года (средний возраст $76,5 \pm 0,5$ лет). В зависимости от исхода заболевания, больные были распределены на 2 группы: 1-я группа – 84 пациента с благоприятным исходом инсульта (БИИ), 2-я группа – 80 больных с фатальным исходом (ФИИ). Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, бассейну поражения, срокам госпитализации. Проводилось клиничко-неврологическое обследование, изучали состояние системы гемостаза: подсчет количества тромбоцитов, агрегация тромбоцитов, определение АПТВ, вычисление МНО, содержание фибриногена и определение количества РФМК в плазме, этаноловый тест оценивали визуально как отрицательную или положительную реакцию. Результаты оценивали в день поступления, на 3 день от начала заболевания, день выписки (смерти) больного.

Результаты и обсуждение. По нашим данным пациенты с БИИ чаще страдали ИСАГ (57,1%) и АГ 2 степени (26,2%). У больных с ФИИ преобладала АГ 2 степени (67,5%; $p < 0,001$), в 9,4 раза чаще – АГ 3 степени (11,3%; $p < 0,01$). В обеих наблюдаемых группах преобладали (62,8%) больные с длительностью течения АГ 10-20 лет. Менее 10 лет АГ в 5,6 раза чаще была у пациентов 1 группы (21,4%; $p < 0,001$). Количество больных с АГ более 20 лет было одинаково в обеих сравниваемых группах (каждый четвертый больной). В 1 группе пациентов при поступлении отмечалось умеренное повышение АД (САД < 200 мм рт. ст., ДАД < 100 мм рт. ст.), носило транзиторный характер и через 3 суток снижалось до привычных значений. У больных 2 группы развитие инсульта сопровождалось значительным повышением уровня АД (САД > 200 мм рт. ст. и ДАД > 100 мм рт. ст.), которое удерживалось в течение суток. Повторное повышение АД до высоких цифр в течение острого периода ассоциировалось с фатальным исходом. Установлена прямая зависимость между уровнем АД и ФИИ ($r = 0,7$; $p < 0,05$). Частота большинства факторов риска у больных 2 группы была достоверно выше: мерцательная аритмия в 1,8 раза (97,5%; $p < 0,001$), ХСН 2,3 степени – в 2,5 раза чаще (100%; $p < 0,001$), в 3 раза больше было курящих пациентов (77,5%; $p < 0,001$) и 2,5 раза больше злоупотребляющих алкоголем (32,5%; $p < 0,01$). Из сопутствующих заболе-

ваний у больных 2-й группы в 1,8 раза чаще встречался хронический пиелонефрит (81,3%; $p < 0,001$), отягощенный ХПН 2,3 степени (90,1; $p < 0,001$). Нарастание степени декомпенсации функции почек у пожилых больных достоверно увеличивало риск ФИИ с 16,7% при ХПН I степени до 83,7% при ХПН II-III степени ($r = 0,9$; $p < 0,05$). Особую значимость для прогноза ИИ в остром периоде имел сахарный диабет 2 типа, в 7 раз чаще встречающийся во 2 группе больных (28,8%; $p < 0,001$), и при наличии которого в 85% случаев наступал летальный исход заболевания ($r = 0,78$; $p < 0,05$). Пациенты 2-й группы в 1,5 раза чаще имели в анамнезе оперативные вмешательства (91,3%; $p < 0,001$), причем, у каждого второго больного это были операции на органах мочевыводящей системы (46,2%; $p < 0,001$). Число больных с перенесенными в анамнезе эпизодами ОНМК также превалировало (в 2 раза) во 2 группе (на 26,4%; $p < 0,001$).

В 1-й день инсульта в группе больных с БИИ определялся умеренно выраженный уровень тромбинемии (РФМК – 10,6 мг), фибриноген достигал 4,6 г/л, этаноловый тест был положительный. В группе больных с ФИИ выявлялись увеличение скорости спонтанной агрегации тромбоцитов (12,8 с; $p < 0,001$), гипокоагуляция по АПТВ (48,3 с; $p < 0,001$), высокий уровень тромбинемии (РФМК 12,8 мг; $p < 0,001$), фибриногена (5,4 г/л; $p < 0,01$), положительный ЭТ – признаки ДВС-синдрома.

Ключевым моментом в оценке прогноза ИИ был конец острейшего периода (3 день): у больных с БИИ показатели гемостаза приближались к норме. У больных с ФИИ признаки ДВС-синдрома не только сохранялись, но и продолжали нарастать вплоть до дня смерти. Установлена прямая связь между уровнем тромбинемии и ФИИ ($r = 0,93$; $p < 0,001$).

Выводы. Прогностически неблагоприятным для исхода ишемического инсульта у пожилых больных является наличие тяжелой соматической патологии, некоррегированное высокое АД, наличие дискоагуляции, вплоть до ДВС-синдрома. Необходимость своевременной коррекции выявленных факторов риска ФИИ должна учитываться клиницистами, как мера профилактики неблагоприятного исхода заболевания и определяет особенности ведения пожилых больных с острой церебральной ишемией.

ИНТЕГРАТИВНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская, И.И. Фёдорова

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень

Психосоматическая природа патологии внутренних органов определяется у 48,3% пациентов терапевтического отделения (Stur U., Naag A., 1989) и представляет серьезную проблему в силу сложности терапии подобных состояний.

В этиологии психосоматических заболеваний ведущую роль играют эмоциональные расстройства в виде алекситимии (неспособность свободно выражать и осознавать накопленные эмоции). Следует учиты-