

ID: 2015-03-23-A-5279

Оригинальная статья

Мух Е.А., Назаренко Н.В.

Профилактика инсульта у пожилых: комплексный подход в условиях отдела стационарзамещающих лечебных технологий*КГБУЗ Диагностический центр Алтайского края, г. Барнаул***Ключевые слова:** инсульт, профилактика, пожилой возраст

Цереброваскулярные заболевания являются важной медико-социальной проблемой из-за высокой их распространенности, смертности и инвалидизации населения [1, 5]. Заболеваемость цереброваскулярными болезнями в Алтайском крае в 2012 году составила 11645 случаев на 100 тыс. населения, что в среднем в 2 раза выше, чем по РФ. Отмечается стабильный рост показателя смертности от последствий нарушений мозгового кровообращения в Алтайском крае за период 2003-2011 гг., среднегодовой темп прироста составил 17,8% [3]. Заболеваемость инсультом в возрасте старше 55 лет удваивается с каждым десятилетием жизни (Гехт А.Б., 2001). Так, по данным международных мультицентровых исследований показано, что заболеваемость инсультом в возрасте старше 55 лет составляет от 4,2 до 11,7 на 1000 человек, а в возрасте старше 65 лет от 46 до 72 на 1000 человек (Feigin V.L. et al., 2003). У пожилых пациентов перенесших инсульт высокий риск развития деменции, в возрасте 60–69 лет в 15% случаев, в возрасте 70–79 лет в 26% случаев, старше 80 лет в 36% случаев (Pendlebury S.T., Rothwell P.M., 2009). Выраженный демографический сдвиг наблюдающейся в последние десятилетия, в виде увеличения продолжительности жизни, а соответственно и доли пожилых лиц в населении, способствует росту цереброваскулярных заболеваний. По данным Л.В. Мунтяну население России за период с 1960-2000 г. выросло на 25%, тогда как численность старших возрастных групп в 2,5 раза. Доля лиц в возрасте 60 лет и старше в населении увеличилась с 9.0% до 17.8 %. Высокий риск развития инсульта у пожилых пациентов, с возможным развитием деменции накладывает большое социальное бремя, которое обусловлено необходимостью заботы о пациенте со стороны медицинских работников и родных, зачастую полностью занимая время последних, и снижая их социальную эффективность.

Наиболее перспективным направлением по снижению заболеваемости и смертности от цереброваскулярных заболеваний, а также количества пациентов вышедших на инвалидность является первичная и вторичная профилактика инсульта. Первичная профилактика, обеспечивает предупреждение заболевания у здоровых лиц и пациентов с начальными формами цереброваскулярной патологии [6]. Вторичная профилактика, направленная на предотвращение возникновения повторных нарушений мозгового кровообращения, является не менее важной клинической задачей [7].

Таким образом, профилактика инсульта у пожилых является актуальной задачей, определяющей снижение количество пациентов с выраженными инвалидизирующими последствиями, и обеспечивающей немаловажный экономический эффект, в следствии снижения прямых и косвенных расходов на обеспечение лечения и ухода за данной группой пациентов.

Главной целью деятельности Диагностического центра Алтайского края (ДЦАК) является оказание современной консультативно-диагностической помощи жителям края в соответствии с территориальной программой государственных гарантий обеспечения медицинской помощи. Появление приписного обслуживаемого населения, повлекло за собой создание новой структуры – отдела стационарзамещающих лечебных технологий (СЗЛТ). Отдел включает в себя дневной стационар, отделение физиотерапии и восстановительного лечения, стационар краткосрочного пребывания, что во взаимодействии с другими отделениями ДЦАК позволят решать широкий круг задач. Одной из них является профилактика инсульта.

Нашей **целью** явилось создание функционального объединения по проведению профилактики инсульта на базе отделения СЗЛТ ДЦАК.

Материал и методы

Основные группы пациентов направляемые в центр профилактики формируются по двум потокам:

- Пациенты с выявленными факторами риска при обследовании у специалистов в диагностическом центре (невролог, кардиолог, терапевт, эндокринолог);
- Пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией и перенесенным инсультом

За период 2012-13 гг. в дневном стационаре отделения СЗЛТ проведено лечение 805 пациентам. В структуре пролеченных мужчины и женщины составили 30 и 70 % соответственно. Цереброваскулярные заболевания составили 27 % (215 человек) в структуре пролеченных больных.

Обследование проведено у 142 пациентов в возрасте 65 лет и старше (средний возраст 71, 4±1,2 года) с признаками хронической ишемии головного мозга (дисциркуляторной энцефалопатией). Диагностику дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) проводили в соответствии с существующими критериями, на основании жалоб, анамнеза, объективного обследования, а также дополнительных методов исследования – МСКТ, ЯМРТ, ультразвукового дуплексного сканирования. Среди них с диагнозом ДЭ I стадии было 53 больных, ДЭ II – 89 больных. Кроме этого 58 пациентов имели верифицированный диагноз перенесенного ишемического инсульта (поздний восстановительный период).

Всем обследуемым проводились анкетно-клинические, функциональные, лабораторные и прогностические исследования.

Для выяснения наличия факторов риска цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) использовалась анкета, включающая наряду с такими данными, как возраст, пол, характер питания, курение, двигательная активность, семейный сердечно-сосудистый анамнез, наличие сахарного диабета, также уровень артериального давления и антропометрические показатели. Электрокардиография (ЭКГ) применялась для выявления нарушений сердечной деятельности (ишемия миокарда, нарушения ритма, гипертрофия различных отделов сердца). Исследование церебральной гемодинамики проводили методом дуплексного сканирования экстра- и интракраниальных сосудов на ультразвуковом сканере экспертного класса Logiq 9. По результатам ДБЦС у пациентов определялась

гипертоническая макроангиопатия магистральных артерий, церебральный атеросклероз. Критические стенозы (более 70 %) выявлены у 6 % пациентов.

Лабораторные исследования включали исследование уровня общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой (ХС ЛПНП) и очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), а также индекса атерогенности (ИА) по формуле $IA = (ОХС - ХС ЛПВП) / ХС ЛПВП (N < 3,0)$.

По МРТ головного мозга определяли степень церебральной атрофии, количество лакунарных инсультов, объем перивентрикулярно-лейкоареоза. Перивентрикулярный лейкоареоз выявлялся более чем у половины пациентов, церебральная атрофия также, при этом у 50 % пациентов данные признаки сочетались. Лакунарные инсульты единичные выявлены у 35 % пациентов, множественные – у 13 %, часто в сочетании с церебральной атрофией, лейкоареозом и анамнезом предшествующих преходящих нарушений мозгового кровообращения.

Для прогнозирования вероятности развития инсульта (р) в ближайшее время (4-12 лет) проводилось исследование индекса Framingham [6] при помощи компьютерной программы «Оценка факторов риска инсульта (Инсульт)» [2]. Для расчета риска развития инсульта были включены такие показатели, как пол, возраст, курение, наличие диабета и левожелудочковой гипертрофии по ЭКГ, систолическое, и диастолическое АД (сист. АД и диаст. АД), ОХС, ХС ЛПВП.

Результаты

По результатам обследований и выявленным факторам риска проводится комплексный анализ с определением риска развития инсульта. Далее формируются группы пациентов по степени риска развития инсульта:

- Низкий,
- Умеренный,
- Средний,
- Высокий,
- Очень высокий.

В результате проведенного исследования выявлено, что у 14% обследуемых риск развития инсульта на ближайшие 10 лет вписывался в границы - «умеренного», у 23% - «среднего», у 41% - «высокого» и 22 - «очень высокого» риска. Полученные данные свидетельствуют о значительном числе пожилых пациентов, имеющих предрасположенность к инсульту, что доказывает необходимость скрининга по факторам риска и формирование групп раннего и активного профилактического вмешательства на основании комплексного анализа факторов риска и расчета прогностического индекса развития инсульта.

Следующим этапом организации медицинской помощи является индивидуальный подбор профилактических и лечебных мероприятий, с учетом выявленных факторов риска и дополнительных исследований. Основные направления: изменение образа жизни (отказ от курения, регулярные физические тренировки, снижение массы тела, диета), индивидуальное назначение гипотензивных препаратов, гиполипидемической терапии, дезагрегантов и антикоагулянтов, коррекция образа жизни и диета. Другие направления: консультация врача ангиохирурга, при выявлении клинически значимых стенозов; кардиохирурга, при необходимости коррекции сердечно-сосудистой патологии; аритмолога, при наличии нарушений ритма сердца; эндокринолога, при выявлении сахарного диабета; гематолога, при коагулопатиях. Проводится подбор вазоактивной и нейрометаболической терапии под контролем дуплексного сканирования сосудов, с оценкой эффективности восстановления церебральной гемодинамики и последующим динамическим контролем за результатами назначенного лечения [4].

Все пациенты проходят регулярный мониторинг профилактических и лечебных мероприятий, с повторной оценкой риска развития инсульта, что позволяет в режиме реального времени оценивать их эффективность, и при необходимости проводить коррекцию.

По результатам проводимых профилактических и лечебных мероприятий было достигнуто перераспределение пациентов в группы более низкого риска развития инсульта. Число больных, входивших в группы «высокого» и «очень высокого» риска, после профилактического лечения снизилось с 63% до 46%. Важно отметить, что значительное число больных переместилось в группы «умеренного» и «среднего» риска вероятности развития инсульта. Среди пациентов, относящихся до профилактики к группе «среднего» риска, после профилактических мероприятий произошло более существенное снижение прогностического индекса.

Выводы

Таким образом создание функционального объединения по проведению профилактики инсульта на базе отделения СЗЛТ ДЦАК позволяет решать следующие задачи:

1. Проведение всего объема анкетно-диагностических мероприятий для оказания индивидуально разработанной профилактики инсульта в течении одного дня и в одном месте.
2. По результатам обследования пациент получает полный пакет рекомендаций по изменению образа жизни и профилактическим мероприятиям.
3. При наличии показаний проводится необходимый объем лечения в условиях дневного стационара.
4. Периодический мониторинг профилактических мероприятий и проводимого лечения позволяет оперативно решать вопросы по их коррекции, что повышает эффективность лечения и превентивных мероприятий.

Литература

1. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. Под ред. З.А. Суслиной, М. А. Пирадова. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
2. Мух Е.А., Воробьева Е.Н., Усолкин К.М., Тибеккина Л.М. Оценка факторов риска инсульта (ИНСУЛЬТ). *Официальный Бюллетень Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам «Программы для ВМ. Базы данных. Топологии интегральных микросхем»* 2004; 3(48): 153.
3. Назаренко Н.В., Колядо В.Б., Дорофеев Ю.Ю. Анализ смертности от острых нарушений мозгового кровообращения в Алтайском крае в 2003-2011 гг. *Клиническая неврология* 2013; (2): 10-16.
4. Назаренко Н.В., Федюнина Н.Г., Исакова О.И. Возможности индивидуального подбора сосудистой терапии в условиях дневного стационара. *Журнал неврологии и психиатрии* 2014; 114: 255 – 256.

5. Сулина З.А., Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты изучения инсульта. Время подводить итоги. *Анналы клин и эксперим неврологии* 2007; 1(2): 22–28.
6. Wilson P.W.F., D'Agostino R.B., Levyetal D. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation* 1998; 97: 1837-1847.