

**Использованная литература:**

1. Бабак О.Я., Фадеев Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – К.: Интерфарма, 2000.
2. Дельво М. Патология, диагностика и лечение желудочно-пищеводного рефлюкса // Врач. – 1994. – № 5. – С. 12-14.
3. Жустин Е.В., Карриан М.Е., Хеунг, Винсент В.С. Вонг, Жосеп Ж.Е. Сунг. Различия клинических характеристик пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью и рефлюкс эзофагитом // Клиническая Гастроэнтерология и Гепатология. Русское издание, Том 1, 2008; 3: 169-175.
4. Мавлянов И.Р., Орзиев З.М., Маруфханов Х.М. О целесообразности создания новой клинической классификации гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Медицинский журнал Узбекистана.- 2009 № 5 С.98-101.
5. Неераж Шарма, Амит Агравал, Жанисе Фреман, Марсело Ф. Вела, Доналд Кастелл. Анализ стойких симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на фоне лечения ИПП с учетом данных рН – импедансометрии // Клиническая Гастроэнтерология и Гепатология. Русское издание, Том 1, 2008; 3: 193-197.
6. Рысс Е.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Мир медицины, – 1998. – № 6 (компьютерная версия).
7. Шептулина А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы // Клиническая медицина.-2008. № 6.С. 8-11.
8. French-Belgian Consensus Conference on Adult Gastro-oesophageal Reflux Disease. Diagnosis and treatment report of a meeting held in Paris, France on 21-22 January 1999. The jury of the consensus conference // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.-2000.-Vol.12.-P.129-137.
9. Lim L.G., Ho K.Y. Gastroesophageal reflux disease at the turn of millennium // World. J. Gastroenterol.- 2003: Vol.9(10).- P.2135-2136
10. Rose S., Achkar E., Easley K. Gastroesophageal reflux disease // Dig. Dis. Sci.-1994.-Vol.39.-P.2063-2068.
11. Williams C.N. Gastroesophageal reflux disease // Canad. J. Gastroenterol.- 1998.- Vol. 40.- P. 132-138.

Пулатов С.С.,  
Рахматова С.Н.,  
Ахророва Ш.Б.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО  
ИНСУЛЬТА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Бухарский государственный медицинский институт

Инсульт – одна из лидирующих причин заболеваемости и смертности во всем мире. В течение последних десятилетий проблема острого церебрального инсульта приобретает все большую значимость в связи с высоким уровнем летальности, значительной инвалидизацией и социальной дезадаптацией перенесших его пациентов (Гусев Е.И., Скворцова В.И., 2004). По данным VII Всемирного конгресса неврологов (Лондон 2001 г.), ежегодно в мире регистрируется более 50 млн. человек, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (Быков Ю.Н., 2006). В большинстве стран инсульт занимает второе, третье место в структуре общей смертности населения (Скворцова В.И., 2002), уступая лишь показателю смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций, а в некоторых странах он занимает вторую и даже первую позицию (Одинак М.М., 1997). Ранняя (30 дневная) летальность после инсульта составляет 35%, в течение года умирают около 50% больных (Скворцова В.И., 2002; Быков Ю.Н., 2006). Геморрагический инсульт (ГИ) рассматривается как форма острого нарушения мозгового кровообращения, которое характерно для лиц относительно молодого возраста. Несмотря на определенный симптомокомплекс, характерный для развития и течения ГИ, клиническая картина заболевания имеет свои особенности, зависящие от возраста пациентов.

**Целью** настоящего исследования являлось определение особенностей клинического течения и исхода кровоизлияний в головной мозг у пациентов разных возрастных групп.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением Бухарского филиала РНЦЭМП находились 59 больных с геморрагическим инсультом в возрасте 25-70 лет. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от возраста: I группу составили 26 (44%) больных молодого и среднего возраста (20-55 лет, средней возраст 37,5 лет), во II группу вошли 33 (56%) больных пожилого возраста (55-70 лет, средней возраст 62,5 лет).

У обследуемых больных изучались уровень АД в момент развития инсульта, тяжесть состояния, выраженность общемозговых симптомов и время возникновения ГИ, были проведены клинико-неврологические обследования, в ряде случаев люмбальная пункция для уточнения диагноза, осуществлялся комплекс биохимических и гемореологических анализов.

**Результаты и обсуждение.** В группе больных пожилого возраста определение характера инсуль-

та вызывало определенные трудности и часто отличалось от классического начала. Острое начало было у 20 больных (60,6%), а для 13 (39,4%) характерно постепенное нарастание симптоматики (рис.1). Клиника и прогноз ГИ зависят от многих факторов, одним из которых является время возникновения инсульта в цикле бодрствование-сон. Однако эти данные в основном касаются ишемических форм инсульта, которые, как известно, чаще развиваются в ночное время. Оценка клинических характеристик заболевания выявила, что дневной геморрагический инсульт чаще наблюдается у лиц молодого и среднего возраста (возраст до 55 лет), тогда как ночной геморрагический инсульт относительно преобладает в пожилом и старческом возрасте. Установлено, что дневной геморрагический инсульт независимо от возраста больных развивается в основном при высоких цифрах артериального давления (свыше 200 мм. рт. ст. систолическое и выше 110 мм. рт. ст. диастолическое), тогда как при ночном геморрагическом инсульте цифры артериального давления относительно чаще, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, в острейшем периоде инсульта не превышали цифры 180/100 мм. рт. ст. Тяжесть состояния больных и глубина комы по клиническим шкалам Глазго и Гусева-Скворцовой при ночном геморрагическом инсульте, особенно у лиц молодого и среднего возраста были намного больше, чем при дневном геморрагическом инсульте.

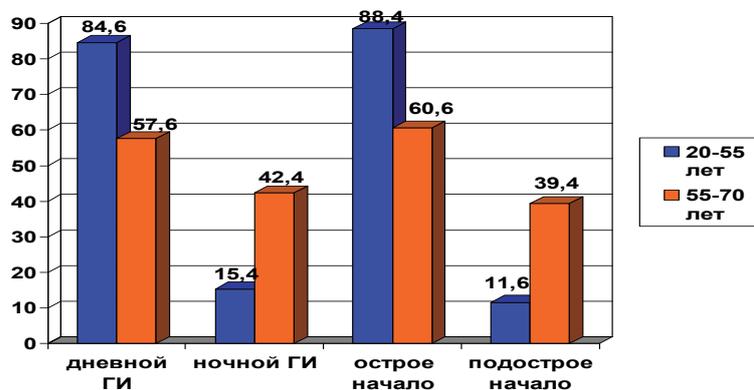


Рис.1. Время возникновения и характер начало ГИ

Изучение уровня АД в момент развития ГИ показало, что наиболее высокие цифры АД-200 мм рт.ст.и выше - наблюдались 76,9% больных в I группе, и у 33,3% больных II группы.

Вегетативные расстройства типа гипергидроза, кожных вазомоторных реакций были гораздо более выраженными в группе среднего возраста и менее выраженными в группе больных старшего возраста. Повышение температуры тела, т.е. пирогенная реакция также оказалась существенно более выраженной в I-й группе больных по сравнению со II-й.

Уровень нарушения сознания имел место в обеих группах больных, но в группе пожилого возраста в 2 раза чаще ГИ отмечался на фоне ясного сознания, и несколько чаще на фоне оглушенного сознания. Тогда как, в группе среднего возраста сопорозные и коматозные состояния отмечались почти в 1,5 раза чаще.

Что касается менингеальных симптомов, то в I группе преобладала резко выраженная, а в группе старшего возраста слабо выраженная менингеальная симптоматика. Судорожный синдром и психомоторная возбуждения оказался в целом характерным для обеих групп больных с незначительной тенденцией к преобладанию его в I группе больных.

Трудность постановки диагноза в пожилом возрасте обуславливалась отсутствием потери сознания, бурных клинических проявлений, незначительной выраженностью общемозговых симптомов, которые обычно связывают с геморрагическим инсультом. Выраженность общемозговых симптомов в целом была меньше в группе старшего возраста, это касается головной боли, головокружение, тошноты, рвоты. Причем 2 последних симптома наблюдались значительно реже во II группе больных.

В пожилом возрасте отмечалось преобладание очаговой симптоматики над общемозговой. Из очаговых симптомов основными были контралатеральный гемипарез у 68,7% и гемиплегия у 31,3% с ранним повышением мышечного тонуса в сочетании с гемипестезией и патологическими рефлексамии. В остром периоде присоединялись осложнения, связанные с длительной иммобилизацией

больных и снижением общей реактивности организма. Первое место занимала гипостатическая пневмония у 16,7% пациентов, затем обострение ИБС с развитием ишемических очагов в миокарде - у 14,6%, тромботические и тромбоэмболические осложнения - у 6,25% пациентов. Для пациентов с тяжелым и крайне тяжёлым течением было характерно раннее появление трофических нарушений в 16,7% случаях.

Одним из этапов работы было исследование системы гемостаза у больных с геморрагическим инсультом. Как известно, у больных с кровоизлиянием в головной мозг отмечается гиперкоагуляция, обусловленная как активацией свёртывающей системы, так и снижением активности противосвёртывающей системы. По нашим данным в пожилом возрасте степень гиперкоагуляции со временем развития заболевания нарастает и к концу наблюдения отмечается наиболее значимая активация свёртывающих и снижение противосвёртывающих свойств крови (табл.1).

Таблица 1 *Динамика состояния гемостаза в разных возрастных группах*

Показатели	Протромбиновый индекс, %	Тромботест, ст.	Фибриноген, г/л
<b>20-55 лет</b>			
1-сутки	86,4 ±2,8	4,9 ±0,4	3,5 ±2,6
3-сутки	84,7 ±3,1	5,2 ±0,2	4,0 ±0,4
7-сутки	87,3 ±2,3	4,6 ±0,3	3,9 ±0,2
<b>55-70 лет</b>			
1-сутки	94,7 ±3,7	5,8 ±0,2	5,3 ±0,4
3-сутки	100,8 ±4,0	6,0 ±0,3	5,0 ±0,6
7-сутки	104,2 ±3,8	6,5 ±0,7	4,9 ±0,2

По данным коагулографического мониторинга крови у больных с ГИ в среднем возрасте значительных различий от нормы не выявлено, тогда как у лиц старшего возраста отмечаются признаки гиперкоагуляции, которые в динамике нарастают.

**Заключение**

Таким образом, полученные нами данные подтверждают о том, что клиническая картина геморрагического инсульта в различных возрастных группах имеет ряд особенностей. Клиническая картина геморрагического инсульта среди больных пожилого возраста проявляется меньшей выраженностью или в отдельных случаях отсутствием общемозговых и оболочечных симптомов. Также у этой категории больных заболевание часто начинается ночью и реже провоцируется психоэмоциональным или физическим напряжением, что присутствует у больных среднего возраста. В высоком проценте случаев наблюдается постепенное нарастание симптоматики и более мягкое течение инсульта, а ухудшение течения заболевания зависит от присоединения как интракраниальных, так и внемозговых осложнений. Учитывая преимущественную роль гемокоагуляционных и гемореологических нарушений в генезе вторичной ишемии мозга, при лечении постгеморрагической ишемии, в старшем возрасте, основной упор следует делать на антиагрегантную терапию. Другими словами, в целом имеет место неклассическое, атипичное течение ГИ в пожилом возрасте, что требует особого внимания в плане дифференциальной диагностики и необходимости раннего начала дифференцированной лечебной тактики.

**Использованная литература:**

1. Верещагин Н.В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста. //Журн. Неврол. и психиат. им. С.С.Корсакова. -Инсульт. -№9. -2003. -С.8-9.
2. Гусева О.И., Пряникова Н.А., Скворцова В.И. Первичная профилактика инсульта. –Инсульт. -№2. -2006.
3. Донских А.В., Горбунов А.В. Достоверные диагностические критерии исходов внутримозговых кровоизлияний у лиц молодого возраста. //IX Всероссийский съезд неврологов. -Ярославль. -2008. –С.400.
4. Лупина Н.А., Вознюк И.А., Галохвастов С.Ю. Особенности клиники и течения геморрагического инсульта в зависимости от пола и метода лечения. //IX Всероссийский съезд неврологов. -Ярославль. -2006. -С.433.
5. Lawes C.M., Bennett D.A., Anderson C.S. Stroke epidemiology: A re-view o population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century // Lancet.–2009.– V. 2.– P.43–53.