

Конституциональные особенности больных ишемическим инсультом с сопутствующей сердечной патологией

Олексюк Н.В.¹, Куряченко Ю.Т.²

Constitutional features of ischemic stroke patients with concomitant cardiac pathology

Oleksyuk N.V., Kuryachenko Yu.T.

¹ ГУЗ «Городская клиническая больница № 34», г. Новосибирск

² Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

© Олексюк Н.В., Куряченко Ю.Т.

Выявление влияния сердечной патологии на течение ишемического инсульта у больных с различными типами конституции может играть определенную роль в прогнозе и тактике лечения. Проведена оценка неврологического статуса у пациентов в острейший период инсульта с учетом вида сердечной патологии и конституциональных особенностей, оценка гемостаза. Обнаружено неблагоприятное воздействие сердечной патологии на степень тяжести инсульта, сопряженное с нормостеническим типом телосложения.

Ключевые слова: ишемический инсульт, сердечная патология, сердечно-сосудистая система.

Identification of influence of cardiac pathology on the course of ischemic stroke in patients with different types of constitution, can play an important role in the tactics of treatment and prognosis. The assessment of neurological status in the acute period of stroke depending of the type of cardiac pathology and constitutional features, evaluation of hemostasis was performed. A positive correlation between the existed cardiac pathology with some anthropometric somatotype parameters and their influence on adverse outcome of stroke was revealed.

Key words: ischemic stroke, cardiac pathology, cardiac-vessel system.

УДК 616.831-005.1-021.1:616.12

Введение

Изучение сердечной патологии как фактора риска возникновения и неблагоприятного исхода инсульта и исследование механизмов повреждения головного мозга при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ССС) в настоящее время являются актуальными. Многообразие кардиальных нарушений обнаруживается почти у 70% больных с ишемическим инсультом [4], что предполагает наличие общих патогенетических механизмов, реализующихся посредством друг друга и оказывающих отрицательное влияние на компенсаторные саногенетические процессы (кардиоцеребральные и цереброкардиальные взаимодействия). Изучение патологических механизмов кровоснабжения мозга при заболеваниях сердца и разработка методов их компенсации дополняют традиционные

представления о факторах риска, лежащих в основе современной системы профилактики инсульта [5].

В настоящее время существует распространенная концепция факторов риска развития инсульта. С медико-социальных позиций дифференцируют индивидуальные генетические и биологические факторы [3]. К указанным факторам, имеющим клиническую значимость, можно отнести конституциональные особенности. Отмечено, что конституциональные свойства играют определенную роль в патогенезе цереброваскулярных заболеваний, особенно если они сопряжены с какими-либо дизонтогенетическими нарушениями. При длительном воздействии внешних факторов среды, в том числе модифицированных факторов риска, эти свойства могут видоизменяться, что оказывает отрицательное влияние на адаптационные возможности организма: формирующиеся с возрастом патомор-

фологические процессы в ССС, нарушения гомеостаза и гемодинамики, способствующие к развитию инсульта; непосредственные причины [3]. Это развитие непредсказуемых, остро возникающих событий, декомпенсирующих гемодинамические и гемостатические резервы артериальной системы мозга, — кризы [2]; индивидуальные генетические, биологические факторы и негативные факторы внешней среды, общие для всех заболеваний ССС, в том числе для инсульта [3].

Таким образом, изучение влияния антропометрических характеристик на больных с острой цереброваскулярной и сердечной патологией имеет несомненную клиническую значимость.

Цель настоящего исследования — изучение влияния различных типов конституции на течение и тяжесть ишемических инсультов с кардиальной патологией.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе неврологического отделения клинической больницы № 34 г. Новосибирска с 2007 по 2009 г. В него было включено 145 больных (79 (54,5%) женщин, 66 (45,5%) мужчин) с ишемическим инсультом (ИИ), средний возраст больных составил 73 года (от 31 до 89 лет).

Критерием включения в исследование была острая фаза ишемического инсульта, диагноз которого верифицирован клиническими и нейровизуализационными методами, проведенными в 1-е сут госпитализации (магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ) головного мозга). В исследуемую (1-ю) группу включено 89 больных с кардиальной патологией. Нозологические формы: мерцательная аритмия, постоянная форма — 40 (44,9%) человек, пароксизмальная мерцательная аритмия — 29 (32,5%), ишемическая болезнь сердца (ИБС), постинфарктный кардиосклероз — 20 (22,6%) человек. Контрольная (2-я) группа включала 56 больных с ИИ без кардиальной патологии.

Проводились общеклинические обследования: сбор анамнеза, оценка неврологического статуса, определение степени тяжести инсульта по Американской шкале (NIH-NINDS) на 1-е, 3-и и 10-е сут заболевания. Кардиологическое обследование включало электрокардиографию (ЭКГ) (с оценкой динамики), эхокардиографию, осмотр кардиолога.

Всем больным в исследуемых группах проводилось антропометрическое исследование: вычисление

индекса Пинье (ИП), определение типа конституции по В.М. Черноруцкому. Больные распределялись по группам: астеники: $ИП > 30$; нормостеники: $30 \geq ИП \geq 10$; гиперстеники: $ИП < 10$.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Biostat (США). Сравнение средних величин осуществлялось с помощью *t*-критерия Стьюдента при условии соблюдения нормального закона распределения вероятностей. Критерием статистической значимости считали уровень $p < 0,05$. Непараметрические критерии оценивались по критерию Вилкоксона—Манна—Уитни.

Результаты и обсуждение

Проведен сравнительный анализ степени тяжести ИИ в 1-е и последующие сутки заболевания между группами. У больных с кардиальной патологией в 1-е сут по сравнению с контрольной группой степень тяжести составила $(10,7 \pm 4,5)$ балла, что характеризовалось как выраженный неврологический дефицит (табл. 1).

Таблица 1

Степень тяжести инсульта у больных с кардиальной патологией и прочими инсультами, балл

Период исследования, сут	1-я группа	2-я группа
1-е	$10,7 \pm 4,5$	$7,9 \pm 3,8$
3-е	$10,0 \pm 4,9$	$7,4 \pm 3,6$
10-е	$9,1 \pm 5,2$	$6,8 \pm 3,7$

Примечание. Степень достоверности $p < 0,05$ при сравнении показателей между группами.

В последующие 3-и и 10-е сут в 1-й группе сохранялась стойкая дефицитарная неврологическая симптоматика по сравнению с контрольной группой, у которой с 1-х сут поступления сохранялся умеренный неврологический дефицит в пределах $(7,9 \pm 3,8)$ балла ($p < 0,05$). Полученные данные указывают на негативное влияние сердечной патологии — как на начальные стадии первых неврологических проявлений ишемического повреждения, так и на последующие периоды течения ИИ.

Следующий этап проводимого исследования характеризовался изучением влияния типов морфоко-нституции на течение инсульта. Анализ типов телосложения представлен в табл. 2.

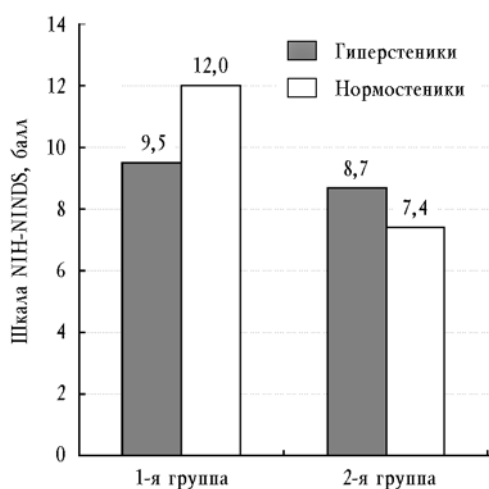
Таблица 2

Распределение типов телосложения в исследуемых группах

Тип телосложения	1-я группа		2-я группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Гиперстенический	73	82,0	40	70,0
Нормостенический	14	15,7	15	26,7
Астенический	2	2,3	2	3,3

При сравнительном анализе выявлено, что в обеих исследуемых группах преобладал тип с гиперстеническим типом телосложения — 82,0% в 1-й и 70,0% во 2-й группе. На нормостенический тип приходилось 15,7 и 26,7% соответственно. Минимальное количество пациентов приходилось на астенический тип — 2,3 и 3,3%. Таким образом, в старшей возрастной группе (средний возраст пациентов составил 73 года) независимо от вида сопутствующего заболевания превалировал гиперстенический тип телосложения.

При сравнительном анализе между двумя группами установлено достоверно значимое различие ($p < 0,05$) по степени тяжести течения заболевания в зависимости от типа конституции (рисунок). Астенический тип в связи с немногочисленностью такового у пациентов оценивался совместно с нормостеническим типом в связи с наибольшим сходством между собой по морфологическим критериям.



Степень выраженности неврологического дефицита в зависимости от типа конституции

В группе пациентов без сопутствующей патологии (2-я группа) существенных различий в неврологическом дефиците между гиперстениками и нормостениками не выявлено ($p > 0,48$), возможна небольшая тенденция увеличения неврологического дефицита у лиц с гиперстеническим типом, что согласуется с литературными данными (Катаева Н.Г., Корнетов Н.А., 2008).

В группе с коронарной патологией наиболее тяжелое течение инсульта в острый период имело место у пациентов с нормостеническим типом телосложения, что составило по шкале NIH-NINDS 12 баллов. Больные с гиперстеническим типом имели более благоприятное течение заболевания, степень тяжести в 1-е сут составила 9,5 балла ($p < 0,05$). В исследуемых группах различий по выраженности неврологического дефицита между мужчинами и женщинами не наблюдалось ($p = 0,68$).

У всех пациентов проводилась оценка показателей гемостаза (табл. 3).

Таблица 3

Оценка коагулограммы в исследуемых группах

Признак	1-я группа	2-я группа
Фибриноген, г/л	$3,9 \pm 1,9$	$4,1 \pm 2,4$
АЧТВ, с	$30,3 \pm 6,7$	$30,7 \pm 5,4$
РФМК, мг	$20,4 \pm 7,6$	$18,6 \pm 9,4$

Показатели фибриногена соответствовали в 1-й группе ($3,9 \pm 1,9$) г/л, во 2-й — ($4,1 \pm 2,4$) г/л ($p = 0,74$). Показатель АЧТВ в исследуемых группах имел практически равные значения: ($30,3 \pm 6,7$) и ($30,8 \pm 5,4$) с. Показатели РФМК в обеих группах превышали нормальные значения в несколько раз, особенно у лиц с сердечной патологией, что указывает на высокий риск внутрисосудистого тромбообразования.

Заключение

В результате проведенного исследования установлено достоверно негативное воздействие сердечной патологии на динамику ИИ в острый период (кардиocereбральное влияние), что согласуется с литературными данными [3, 6].

При анализе распространенности типов конституции в старшей возрастной группе преобладал гиперстенический тип телосложения.

Изучение степени тяжести у лиц с различными типами телосложения в исследуемых группах показало следующие закономерности. Более прогностически неблагоприятное течение инсульта у пациентов без сердечной патологии выявлялось у больных с гиперстеническим типом, что согласуется с литературными данными [1]. Напротив, у пациентов с коронарной патологией в старшей возрастной группе более тяжелое течение заболевания наблюдалось при нормостеническом типе телосложения.

Исходя из полученных данных, можно предположить, что адаптивные возможности у лиц нормостенического телосложения с кардиальной патологией снижены, что требует дальнейшего изучения. При оценке показателей гемостаза имелась склонность к гиперкоагуляции в обеих исследуемых группах. К наиболее высокому риску тромбообразования с учетом биохимических параметров были склонны больные с сердечной патологией.

Таким образом, конституция в патогенезе острой цереброваскулярной патологии имеет немаловажное значение. Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, несомненно, являются неблагоприятным фактором прогноза течения острого и восстановительного периода инсульта. Возрастные конституциональные особенности и изменения ССС, возможно, имеют общий патогенетический механизм, в той или иной мере влияющий на тяжесть течения ишемического поражения. Точками преткновения мо-

гут являться также изменения гуморального звена, в том числе липидный спектр и противосвертывающие системы крови. Данные, полученные в ходе исследования, требуют дальнейшего изучения.

Литература

1. *Денисова О.А.* Клинико-конституциональные характеристики ишемического инсульта у мужчин в период гормональной перестройки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2009. 24 с.
2. *Виленский Б.С.* Инсульт — современное состояние проблемы // Неврол. журн. 2008. № 2. С. 4—10.
3. *Симоненко В.Б.* Совершенствование профилактики требует пересмотра концепции факторов риска // Неврол. журн. 2006. № 2. С. 39—44.
4. *Суслина З.А.* Очерки ангионеврологии. М., 2005. С. 109—116.
5. *Широков Е.А.* Кардионеврологические аспекты проблемы инсульта // Неврол. журн. 2009. № 4. С. 4—6.
6. *Sane D.C., Toole J.* Сосудистые заболевания головного мозга. М., 2007. С. 346—354.

Поступила в редакцию 06.04.2010 г.

Утверждена к печати 13.05.2010 г.

Сведения об авторах

Н.В. Олексюк — врач неврологического отделения ГУЗ «Городская клиническая больница № 34» (г. Новосибирск).

Ю.Т. Кураченко — д-р мед. наук, профессор кафедры неврологии НГМУ (г. Новосибирск).

Для корреспонденции

Олексюк Наталья Викторовна, тел. 8-952-926-0599, e-mail: oleknat@bk.ru.