

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

[Ю.Т. Куряченко, Н.В. Олексюк](#)

*МУЗ «Городская клиническая больница № 34»
(г. Новосибирск)*

Проведена оценка неврологического статуса в острейший период инсульта с учетом вида сердечной патологии и конституциональных особенностей. Выявлено неблагоприятное воздействие сердечной патологии на степень тяжести инсульта, сопряженное с определенным типом телосложения.

Ключевые слова: ишемический инсульт, тип конституции, неврологический дефицит, кардиальная патология

Олексюк Наталья Викторовна – врач-невролог неврологического отделения МУЗ «Городская клиническая больница № 34», e-mail: oleknat@bk.ru

Куряченко Юрий Трофимович – доктор медицинских наук, врач-невролог неврологического отделения МУЗ «Городская клиническая больница № 34», e-mail: oleknat@bk.ru

Введение. Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности, являющиеся и ведущей причиной инвалидизации, сохраняют свою значимость и являются медико-социальной проблемой.

Изучение сердечной патологии как фактор риска возникновения и неблагоприятного исхода инсульта и исследование механизмов повреждения головного мозга при заболеваниях сердечно-сосудистой системы в настоящее время является актуальной проблемой. Многообразие кардиальных нарушений обнаруживается почти у 70 % больных с ишемическим инсультом [4]. Это 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 патоморфологические процессы в сердечно-сосудистой системе, нарушения гомеостаза и гемодинамики, способствующие развитию инсульта [3]. Это развитие непредсказуемых остро возникающих событий, декомпенсирующих гемодинамические и гемостатические резервы артериальной системы мозга, называется криз [2]. Индивидуальные генетические, биологические факторы и негативные факторы внешней среды являются общими для всех заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе 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 МУЗ ГKB № 34 с 2007 по 2009 год. В исследование было включено 145 больных с ишемическим инсультом, средний возраст больных составил 73 года, возрастной состав варьировал от 31-го до 89-ти лет. Из них 79 (54,5 %) женщин, 66 (45,5 %) мужчин.

Критерием включения были больные в острой фазе ишемического инсульта, диагноз которого верифицирован клиническими методами и нейровизуализацией, проведенными в 1-е сутки госпитализации (МРТ и КТ головного мозга). В исследуемую группу (1-я группа) включено 89 больных с кардиальной патологией. Нозологические формы представлены: мерцательная аритмия постоянная форма – 40 человек (44,9 %), пароксизмальная мерцательная аритмия – 29 человек (32,5 %), ИБС, постинфарктный кардиосклероз – 20 человек (22,6 %). Контрольная группа (2-я) включала 56 больных с ишемическим инсультом 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 сутки заболевания. Кардиологическое обследование включало в себя ЭКГ (с оценкой динамики), эхокардиографию, осмотр кардиолога.

Всем больным в исследуемых группах проводились антропометрические методы исследования: вычисление индекса Пинье (ИП), определение типа конституции по В. М. Черноруцкому. Больные распределялись по группам: астеники – $\text{ИП} > 30$; нормостеники – $30 \geq \text{ИП} \geq 10$; гиперстеники – $\text{ИП} < 10$.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Biostat. Сравнение средних величин осуществлялось с помощью критерия Стьюдента при условии соблюдения нормального закона распределения вероятностей. Уровень $p < 0,05$ расценивался как статистически значимый. Непараметрические критерии оценивались по критерию Уилкоксона-Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Был проведен сравнительный анализ степени тяжести ишемического инсульта в 1-е и последующие сутки заболевания между 2-мя группами. У больных с кардиальной патологией в 1-е сутки по сравнению с контрольной группой степень тяжести составила $\pm 10,7$ балла, что характеризовалось как выраженный неврологический дефицит (табл. 1).

Таблица 1

Степень тяжести инсульта на 1-е, 3-и, 10-е сутки у больных с кардиальной патологией (1-я группа) и прочими инсультами (2-я группа)

Степень тяжести инсульта по шкале NIH-NINDS, балл	1-я группа (89 человек)	2-я группа (56 человек)
1-е сутки	$10,7 \pm 4,5$	$7,9 \pm 3,8$
3-е сутки	$10 \pm 4,9$	$7,4 \pm 3,6$
10-е сутки	$9,1 \pm 5,2$	$6,8 \pm 3,7$

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

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

Следующий этап проводимого исследования характеризовался изучением влияния типов морфоконституции на течение инсульта. При анализе типов телосложения группы распределились следующим образом – табл. 2.

Таблица 2

Распределение типов телосложения в исследуемых группах

Типы телосложения	1-я группа (n = 89)		2-группа (n = 56)	
	Абс.	%	Абс.	%
Гиперстенический	73	82	40	70
Нормостенический	14	15,7	15	26,7
Астенический	2	2,3	2	3,3

При сравнительном анализе было выявлено, что в обеих исследуемых группах преобладал гиперстенический тип телосложения – 82 % в 1-й и 70 % 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 превалирует гиперстенический тип телосложения.

При сравнительном анализе между двумя группами было выявлено достоверно значимое различие ($p < 0,05$) по степени тяжести течения заболевания в зависимости от типа конституции (рис. 1). Астенический тип в связи с немногочисленностью пациентов оценивался совместно с нормостеническим типом, как наиболее сходные между собой по морфологическим критериям группы.

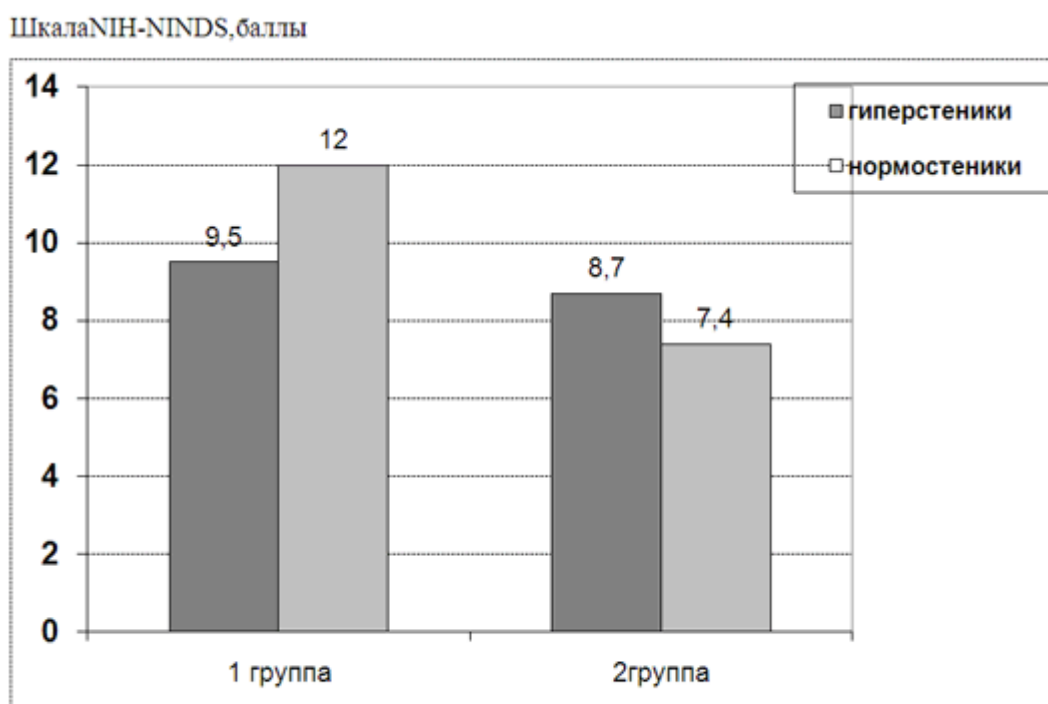


Рис. 1. Степень выраженности неврологического дефицита в зависимости от типа конституции

В группе пациентов без сопутствующей патологии (2-я группа) существенных различий в неврологическом дефиците между гипер- и нормостениками не выявлено ($p > 0,48$), возможна небольшая тенденция увеличения неврологического дефицита у лиц с гиперстеническим типом.

В группе с коронарной патологией наиболее тяжелое течение инсульта в острый период имело место у пациентов с нормостеническим типом телосложения, что составило по шкале ± 12 баллов. Больные с гиперстеническим типом имели более благоприятное течение заболевания, степень тяжести в 1-е сутки составила $\pm 9,5$ 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. В обеих группах имелись изменения показателей гемостаза (табл. 3).

Оценка коагулограммы в исследуемых группах

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

Выводы. Таким образом, по результатам проведенного исследования было достоверно выявлено негативное воздействие сердечной патологии на динамику ишемического инсульта в острый период (кардиocerebralное влияние), что согласуется с многочисленными исследованиями [3, 6].

По анализу распространенности типа конституции в старшей возрастной группе преобладал гиперстенический тип телосложения. Во время изучения степени тяжести у лиц с различными типами телосложения в 2-х исследуемых группах были выявлены следующие закономерности. Более прогностически неблагоприятное течение инсульта у больных без сердечной патологии выявляется у пациентов с гиперстеническим типом, что согласуется с литературными данными [1]. Напротив, у пациентов с кардиальной патологией в старшей возрастной группе более тяжелое течение заболевания наблюдалось у лиц с нормостеническим типом телосложения.

Исходя из полученных данных, можно предположить, что адаптивные возможности у лиц нормостенического телосложения с кардиальной патологией снижены, и это требует дальнейшего изучения.

При оценке показателей гемостаза имелась склонность к гиперкоагуляции в обеих исследуемых группах. Наиболее высокому риску к тромбообразованию с учетом биохимических параметров были склонны больные с сердечной патологией.

Таким образом, роль конституции в патогенезе острой цереброваскулярной патологии имеет немаловажное значение. Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, несомненно, являются неблагоприятным фактором прогноза течения острого и восстановительного периодов инсульта. Возрастные конституциональные особенности и изменения сердечно-сосудистой системы, возможно, имеют общий патогенетический механизм, в той или иной мере влияющий на тяжесть течения ишемического поражения. Точками преткновения могут являться также изменения гуморального звена, в том числе липидный спектр и противосвертывающие системы крови. Полученные данные исследования требуют дальнейшего изучения.

Список литературы

1. Денисова О. А. Клинико-конституциональные характеристики ишемического инсульта у мужчин в период гормональной перестройки : автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. А. Денисова. – Иркутск, 2009. – 21 с.

2. Виленский Б. С. Инсульт – современное состояние проблемы / Б. С. Виленский // Неврол. журн. – 2008. – № 2. – С. 4–10.
3. Симоненко В. Б. Совершенствование профилактики требует пересмотра концепции факторов риска / В. Б. Симоненко // Неврол. журн. – 2006. – № 2. – С. 39–44.
4. Суслина З. А. Очерки ангионеврологии / З. А. Суслина. – М., 2005. – С. 109–116.
5. Широков Е. А. Кардионеврологические аспекты проблемы инсульта / Е. А. Широков // Неврол. журн. – 2009. – № 4. – С. 4–6.
6. Sane D. C. Сосудистые заболевания головного мозга : пер. с англ. / D. C. Sane, J. Toole. – М., 2007. – С. 346–354.

THE ACCOMPANYING CARDIAC PATHOLOGY OF ISCHEMIC INSULT PATIENTS' CONSTITUTIONAL FEATURES

J.T. Kuriachenko, N.V. Oleksjuk

HGM «City clinical hospital №34» (с. Novosibirsk)

The acute onset of neurological status estimate has been done, considering cardiac pathology and constitutional features. It revealed the dependence of unfavorable cardiac pathology and the body constitution influence on insult severity degree.

Keywords: ischemic insult, constitution type, neurological deficit, cardiac pathology

About authors:

Oleksjuk Natalja Viktorovna – neurologist of neurological department, HGM «City clinical hospital №34», e-mail: oleknat@bk.ru

Kuriachenko Juriy Trofimovich – doctor of medical sciences, neurology doctor of neurological department, HGM «City clinical hospital №34», e-mail: oleknat@bk.ru

List of the Literature:

1. Denisova O.A. Clinical – constitutional ischemic insult's features in men during hormone change: author-paper thesis, med. sc. candidate / O.A. Denisova. – Irkutsk, 2009. – 21 p.
2. Vilenskiy B.S. Insult – currency of problem / B.S. Vilenskiy // Neurol. journ. – 2008. - №2. – P. 4-10.
3. Simonenko V.B. Prevention improvement results in risky factors conception review / V.B. Simonenko // Neurol. journ. – 2006. - №2. – P. 39-44.

4. Suslina Z.A. Angio- neurology essays / Z.A. Suslina. – M., 2005. – P.109-116.
5. Shyrovkov E.A. Insult problems aspects of cardio-neurology / E.A. Shyrovkov // Neurol. journ. – 2009. - №4. – P. 4-6.
6. Sane, J. Toole. - M., 2007. – P.346-354.