

development of the diagnostic criteria; and the young adults are to be referred to the groups of dynamic observation.

Aim. Study the features of the "inner picture" of suffering, their epistemological and emotional components, as well as the level of social functioning.

Methods. There were used such clinical approach and psychometric methods as Osgood' semantic differential, methods of Spielberger (adapted by Khanin), Eysenck, Krepelin (modified by Schulte), the personal questionnaire of Bekhterev Institute, person's perception of the disease and its impact on social functioning.

Results. According to the results of the study there are determined the frequency and nature of the clinical presentations at "isolated" and nosologically outlined autonomic somatoform disorders (ASFD), as well as their course. It was found that in case of isolated ASFD the functional state was characterized by the worsened general state and mood, the developed reactive anxiety with the less evidently decreased level of the activity. Besides, there was observed the increased level of sensitivity, hypochondriasis, disharmony of the relations, that led to the secondary effect on somatization.

Conclusion. At the same time, in case of somatized ASFD there were more evident the worsened mood, general state, activity and the level of euphoria, social functioning, as well as the deficiency in physical force and energy caused by the increased level of neuroticism, obsession. Furthermore, there was detected the increased anxiety, lability of the autonomic nervous system and its excitability.

Key words: somatoform autonomic disorders, clinical and psychological characteristics, medical and psychological monitoring.

© О. П. ШКЛЯЄВА, 2013

О. П. Шкляєва

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕР-ТЕНЗІЇ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика

Мета. Виявлені особливості перебігу артеріальної гіпертензії в гострому періоді ішемічного інсульту у хворих з фібриляцією передсердь.

Матеріали і методи. В дослідження включено 90 хворих з гострим ішемічним інсультом віком від 36 до 83 років. Усім хворим проведено загальноклінічне обстеження, оцінку ступеня порушення свідомості за шкалою Глазго, оцінку ступеня важкості ішемічного інсульту за шкалою NIHSS, функціонального статусу за шкалою Barthel, добове моніторування артеріального тиску.

Результати. Артеріальна гіпертензія в представленому дослідженні в гострий період ішемічного інсульту була виявлена у 91,0% хворих при клінічному вимірюванні артеріального тиску. Пацієнти з фібриляцією передсердь в гострий період ішемічного інсульту мали тенденцію до частих епізодів артеріальної гіпотензії (84,4%), порушення добового ритму артеріального тиску за рахунок його недостатнього нічного зниження. У всіх хворих в гострий період ішемічного інсульту відмічена підвищена варіабельність артеріального тиску. Летальність серед хворих з гострим ішемічним інсультом та фібриляцією передсердь була вищою за рахунок порушення центральної гемодинаміки.

Висновки. Для виявлення епізодів артеріальної гіпотензії та оптимізації антигіпертензивної терапії слід рекомендувати проведення добового моніторингу артеріального тиску в гострий період ішемічного інсульту.

Ключові слова: ішемічний інсульт, артеріальна гіпертензія, добове моніторування артеріального тиску, фібриляція передсердь.

### ВСТУП

За даними літератури підвищення артеріального тиску (АТ) в гострому періоді ішемічного інсульту (ІІ) реєструється у 75-93% хворих, що може бути пов'язане з наявністю артеріальної гіпертензії (АГ) в анамнезі, стресорною реакцією і власне мозковим ураженням [1-4].

Підвищення АТ в гострий період інсульту і необхідність його зниження є гострою дискусійною проблемою кардіоневрології. За останні роки проведені численні дослідження в цьому напрямку і розроблені певні рекомендації. Проте в управлінні АТ в гострий період ІІ залишаються нез'ясованими питання щодо необхідності корекції АГ в гострий період ІІ, часового інтервалу для початку регулярної антигіпертензивної терапії (АГТ), особливостей корекції АГ у хворих з фібриляцією передсердь (ФП) в гострий період ІІ з урахуванням добового профілю АТ.

В даному дослідженні проведена спроба відповісти на деякі з цих питань з урахуванням наявних рекомендацій з тактики ведення хворих з АГ в гострий період ІІ.

Мета дослідження. Визначення особливостей перебігу АГ в гострому періоді ІІ у хворих з ФП.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

В дослідження включено 90 хворих з гострим ІІ. До основної групи увійшли 45 чоловік з ІІ та ФП, контрольну групу склали 45 чоловік з ІІ без порушення ритму серця. Критерії включення в дослідження були наступні: гострий період ІІ (48 годин від початку інсульту), підтвердженого даними комп'ютерної томографії (КТ) головного мозку; вік від 18 до 83 років; оцінка за шкалою NIHSS більше 5 балів; відсутність АГТ в перші 36-48 годин ІІ; інформована згода хворого на участь в дослідженні.

Критеріями виключення з дослідження стали: вторинний генез АГ; клінічно значимий аортальний або мітральний стеноз; гострий інфаркт міокарда протягом останніх 6 місяців; клінічно значимі порушення провідності серця; гемодинамічно значимі стенози екстра- та інтракраніальних артерій; дилатація лівого передсердя більше 4,5 см по ехокардіографії; наявність тромбів у порожнинах серця; тромбоемболії в анамнезі; тромбоемболія; варикозна хвороба вен нижніх кінцівок; наявність онкологічних захворювань; ознаки важкого хронічного обструктивного захворювання легень; ознаки важкої хронічної серцевої недостатності; ознаки вираженої печінкової і ниркової недостатності; анемія; внутрішньогоспітальний інсульт; аневризма аорти; аортокоронарне шунтування та протезування клапанів серця протягом останніх 6 місяців; наявність гострого порушення мозкового кровообігу в анамнезі.

Для оцінки динаміки неврологічних змін в перші 48 годин та через 10 діб від початку ІІ проводили загальноклінічне обстеження, оцінку ступеня порушення свідомості за шкалою Глазго, оцінку ступеня важкості ІІ за шкалою NIHSS, функціонального статусу за шкалою Barthel, добове моніторування АТ. Для аналізу ефективності терапії були вибрані наступні показники добового моніторингу АТ: середньодобові величини систолічного АТ (САТ) і діастолічного АТ (ДАТ); середні величини денного і нічного САТ і ДАТ; нічна і денна варіабельність САТ і ДАТ; добовий індекс САТ і ДАТ. Оцінка когнітивних порушень, виконана

за допомогою опитувача MMSE, проводилась через 20 діб від початку інсульту. Усі хворі обох груп в якості АГТ отримували лізіноприл в дозі 10 мг 2 рази на добу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Достовірної різниці між групами за статтю, тривалістю АГ, кількістю балів шкал NIHSS, Barthel і Глазго не було виявлено. За ступенем важкості II в обох групах переважали пацієнти легкого і середнього ступеня важкості (табл. 1).

Віковий діапазон пацієнтів першої групи був від 55р. до 83р., в другій – від 36р. до 83р. Середній вік відповідно  $70,7 \pm 1,6$ р. та  $62,5 \pm 2,2$ р., що достовірно більший в групі хворих з тромбоемболічним інсультом ( $p < 0,05$ ).

Частка хворих з локалізацією ішемічного вогнища в лівій півкулі мозку достовірно переважала в 2й групі ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 1

Клініко-анамнестичні дані хворих з гострим ішемічним інсультом

Показник	Група 1 (ФП), n=45	Група 2, n=45	p 1-2
Чоловіки (абс/%)	21/46,7	32/71,1	$p > 0,05$
Жінки (абс/%)	24/53,3	13/28,9	$p > 0,05$
Вік (M $\pm$ m)	$70,7 \pm 1,6$	$62,5 \pm 2,2$	$p < 0,05$
Ішемічне вогнище в лівій півкулі (абс/%)	23/51,1	34/75,6	$p < 0,05$
Ішемічне вогнище в обох гемісферах (абс/%)	2/4,4	-	
Ішемічне вогнище в правій півкулі (абс/%)	20/44,4	11/24,4	$p < 0,05$
Середній бал за шкалою Глазго (M $\pm$ m)	$13,4 \pm 0,5$	$14,4 \pm 0,2$	$p > 0,05$
Середній бал за шкалою NIHSS (M $\pm$ m) (24-48 годин)	$11,8 \pm 1,4$	$9,8 \pm 1,0$	$p > 0,05$
Середній бал за шкалою Barthel (M $\pm$ m)	$72,2 \pm 5,1$	$74,1 \pm 5,9$	$p > 0,05$
Тривалість АГ, роки	$5,9 \pm 2,7$	$6,9 \pm 3,1$	$p > 0,05$

Достовірної різниці в середньому САТ і ДАТ між групами в перші 24-48 годин та на 10у добу інсульту не виявлено. У пацієнтів контрольної групи на 10у добу лікування відмічена достовірною редукцією АТ в порівнянні з показником на початку інсульту ( $p < 0,05$ ).

АГ в представленому дослідженні в гострий період II була виявлена у 91,0% хворих при клінічному вимірюванні АТ.

АГ в гострому періоді інсульту підвищує ризик повторної події. За даними дослідження IST, при САТ  $> 150$  мм рт. ст. в перші 48 годин інсульту кожні 10 мм рт. ст. підвищення асоціюється з підвищенням ризику раннього (протягом перших 2 тижнів) повторного інсульту на 4,2%. Крім того, підвищений АТ може бути причиною геморагічної трансформації ішемічного інфаркту, розвитку набряку мозку, а також екстрацеребральних ускладнень інсульту (гострий інфаркт міокарда та ін.) [3-5].

Однак, виявлення АГ в перші 24-48 годин інсульту при відсутності прийому антигіпертензивних препаратів в нашому дослідженні достовірно вище у хворих без ФП

## НЕВРОЛОГІЯ

(40% проти 15,5%,  $p < 0,05$ ), що, на нашу думку, може бути проявом серцевої недостатності у хворих з ФП. На 10-у добу терапії частота епізодів АГ між групами не відрізнялась. Більш низька частота виявлення АГ по середньодобовому АТ в гострий період II в нашому дослідженні стала відображенням наявності частих епізодів артеріальної гіпотензії протягом доби переважно в 1й групі.

При гострому інсульті низький АТ негативно впливає на церебральну перфузію і знижує колатеральний кровоток в ішемізованій тканині мозку. Це сприяє збільшенню зони інсульту і ускладнює неврологічне відновлення. Навпаки, компенсаторне підвищення АТ можна розглядати як предиктор сприятливого исходу [4-6].

В дослідженні, проведеному в Японії у 1993 р., встановлено, що у хворих, котрі перенесли II, найменший ризик повторного інсульту виявляли при ДАТ 80-84 мм рт. ст., а при більш низькому ДАТ він знову зростав. Клінічне погіршення исходів II, пов'язане з редукцією ДАТ <60 мм рт. ст., було показано в дослідженні INWEST [7, 8, 10].

АГ в гострий період II в нашому дослідженні характеризувалась тим, що у більшості хворих виявлялись порушення добового ритму АТ, переважно за рахунок недостатнього нічного зниження АТ у хворих з ФП на 10-у добу інсульту (62,2% проти 42,2%,  $p < 0,05$ ). Слід відмітити, що в перші 24-48 годин добовий ритм АТ у хворих з II та ФП характеризувався переважно стійким підвищенням нічного АТ (82,2%,  $p < 0,05$  порівняно з контрольною групою). На 10-у добу лікування в групі хворих з ФП відбувалась редукція АТ, проте переважала когорта хворих з недостатнім нічним зниженням АТ (62,2%). Динаміка добового ритму АТ в 2-ій групі характеризувалась тим, що через 10 діб від початку інсульту у 17,8% пацієнтів реєструвалось значне нічне зниження АТ.

У більшості хворих в гострий період II обох груп відмічена підвищена варіабельність АТ в денний і нічний часи, проте достовірної різниці між групами не виявлено.

Таблиця 2

Динаміка показників добового профілю АТ у хворих з гострим II

Показник	Група 1 (ФП) n=45		Група 2 n=45		P1-2 (24-48)	P1-2 (10а д)
	24-48 год.	10а д.	24-48 год.	10а д.		
Середній САТ	139,8±3,2	129±3,4	151,4±5,8	128,6±2,8	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Середній ДАТ	81±1,3	80,6±0,9	87±1,2	72,2±1,1	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Епізоди АГ (>200/120 мм.рт.ст.) (абс/%)	7/15,5	17/37,8	18/40	17/37,8	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Епізоди артеріальної гіпотензії (<90/60 мм.рт.ст.) (абс/%)	38/84,4	28/62,2	27/60	28/62,2	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Порушений добовий ритм АТ (абс/%)	37/82,2	45/100	45/100	44/97,8	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Non-dipper (абс/%)	-	28/62,2	19/42,2	19/42,2	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Over-dipper (абс/%)	-	-	-	8/17,8	-	$p < 0,05$
Night-peaker (абс/%)	37/82,2	17/37,8	26/57,8	18/40	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Підвищена варіабельність АТ (абс/%)	38/84,4	44/97,8	37/82,2	36/80	$p > 0,05$	$p > 0,05$

Оцінка неврологічного статусу за шкалою NIHSS в нашому дослідженні показала, що в обох групах пацієнтів з 1-ї по 10-у добу відбувається регрес неврологічного дефіциту ( $p < 0,05$ ), проте достовірної різниці між групами в 1у та 10-у добу за шкалою NIHSS не виявлено ( $p > 0,05$ ).

Таблиця 3

Динаміка неврологічного дефіциту у хворих з гострим ІІ

Оцінка за шкалою NIHSS, бали	Група 1 (ФП), n=45	Група 2, n=45	p 1-2
1а доба	11,8±1,4	9,8±1,0	p>0,05
10а доба	7,9±1,2	6,4±0,6	p>0,05

В першій групі зареєстровано 6 (13,3%) випадків летальності до 8 діб.

Значні коливання АТ протягом перших трьох годин від початку інсульту корелюють з підвищеним ризиком смерті протягом наступних 90 діб [6-9].

В дослідженні IST виявлено, що основними предикторами ранньої летальності (перші два тижні) і віддаленого несприятливого прогнозу (летальність і щоденна функціональна залежність через 6 місяців) були вік, наявність великого півкульового інфаркту мозку, ФП. При цьому виявлений U-подібний зв'язок між ісходом інсульту і рівнем АТ в найгостріший період. Так, найнижча частота ранніх і віддалених несприятливих наслідків (смерть, інвалідність) відмічена у хворих з рівнем САТ 140-180 мм рт. ст. в гострий період інсульту [2, 3, 6].

Оцінка когнітивних функцій, проведена через 20 діб лікування, не виявила достовірних відмінностей між групами по середньому балу MMSE ( $p > 0,05$ ).

### ВИСНОВКИ

Для виявлення епізодів артеріальної гіпотензії та оптимізації антигіпертензивної терапії слід рекомендувати проведення добового моніторування АТ в гострий період ІІ.

Дані проведеного дослідження продемонстрували, що пацієнти з ФП в гострий період ІІ мають тенденцію до частих епізодів артеріальної гіпотензії (84,4%), порушення добового ритму АТ за рахунок недостатнього нічного зниження АТ.

Проблема АГ у хворих з ФП в гострий період ІІ потребує подальшого вивчення у зв'язку з недостатніми та суперечливими даними щодо курації таких хворих.

### Література

1. Кузнецов А. Н. Коррекция артериального давления в остром периоде инсульта. Болезни сердца и сосудов. 2006, 1 (3): 57-59.
2. Фоякин А. В. Артериальная гипертензия и инсульт: стратегия и тактика антигипертензивной терапии. Здоров'я України. 2007, 6/1: 9-11.
3. Козиолова Н. А., Парфенов В. А., Селезнева С. В. Особенности течения артериальной гипертензии в остром периоде ишемического инсульта и оценка ее коррекции эпросартаном. Обзоры клинической кардиологии. 2007, 9.
4. Куряченко Ю. Т., Олексюк Н. В. Клинические особенности течения кардиоэмболического инсульта у больных с кардиальной патологией. Бюллетень сибирской медицины. 2008, 5: 220-223.
5. Фоякин А. В., Суслина З. А., Гераскина Л. А. Кардиологическая диагностика при ишемическом инсульте. СПб: Медицина. 2005.

6. Фоянкін А. В., Гераскіна Л. А. Кардіальні аспекти патогенеза ішемічних інсультів. Оригінальне дослідження. 2006, 3: 17-19.
7. Simona Marcheselli Повышение артериального давления в остром периоде инсульта может быть компенсаторным, протективным механизмом, связанным с благоприятным отдаленным прогнозом. J. Hypertens. 2006, 24: 1849-1856.
8. P. Rossi C. Mandelli, D. Manganaro. A spontaneous decrease of blood pressure occurs in acute ischemic stroke with favourable neurological course. The open neurology journal. 2011, 5: 48-54.
9. L. G. Stead. Impact of acute blood pressure variability on ischemic stroke outcome. Neurology. 2006, 66 (12): 1878-1881.
10. Wahlgren N. G. et al. Intravenous Nimodipine West European Stroke Trial (INWEST) of Nimodipine in the treatment of acute ischemic stroke. Cerebrovasc. Dis. 1994, 4: 204-210.

О. П. Шкляева

### Особенности развития артериальной гипертензии в остром периоде ишемического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий

Национальная медицинская академия последиplomного образования  
имени П.Л. Шупика

Цель. Выявлены особенности развития артериальной гипертензии в остром периоде ишемического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. В исследование включено 90 больных с острым ишемическим инсультом в возрасте от 36 до 83 лет. Всем пациентам проведено общеклиническое обследование; оценка степени нарушения сознания по шкале Глазго; оценка степени тяжести ишемического инсульта по шкале NIHSS, функционального статуса по шкале Barthel, суточное мониторирование артериального давления.

Результаты. Артериальная гипертензия в представленном исследовании в остром периоде ишемического инсульта была выявлена у 91% больных при клиническом измерении артериального давления. Пациенты с фибрилляцией предсердий в остром периоде ишемического инсульта имели тенденцию к частым эпизодам артериальной гипотензии (84,4%), нарушению суточного ритма артериального давления за счет его недостаточного ночного снижения. У всех больных в остром периоде ишемического инсульта отмечена повышенная вариабельность артериального давления. Летальность среди пациентов с острым ишемическим инсультом и фибрилляцией предсердий была выше за счет нарушения центральной гемодинамики.

Выводы. Для выявления эпизодов артериальной гипотензии и оптимизации антигипертензивной терапии следует рекомендовать проведение суточного мониторирования артериального давления в остром периоде ишемического инсульта.

Ключевые слова: ишемический инсульт, артериальная гипертензия, суточное мониторирование артериального давления, фибрилляция предсердий.

---

O. P. Shklyaieva

## Peculiarities of the clinical course of arterial hypertension in acute ischemic stroke in patients with atrial fibrillation

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Objective.** The peculiarities of the clinical course of arterial hypertension in acute ischemic stroke in patients with atrial fibrillation were detected.

**Methods.** 90 patients with acute ischemic stroke, aged 36-83, were examined. All the patients underwent general clinical examination; they were estimated as for the deranged consciousness according to the Glasgow score; as for the degree of the severity of ischemic stroke according to the NIHSS score; as for the functional status according to the Barthel score; the daily monitoring of the blood pressure.

**Results.** When measuring blood pressure arterial hypertension was detected in 91% of patients in their acute ischemic stroke. The patients with atrial fibrillation in their acute ischemic stroke had frequent episodes of arterial hypotension (84,4%), the disturbed daily rhythm of blood pressure in the non-dippers. All the patients were considered to have the increased variability of blood pressure in the acute ischemic stroke. The mortality in patients with acute ischemic stroke and atrial fibrillation was higher due to the impaired central hemodynamics.

**Conclusion.** To detect the episodes of arterial hypotension as well as to optimize the antihypertensive therapy it should be recommended the performance of daily monitoring of blood pressure in the acute ischemic stroke.

**Key words:** ischemic stroke, arterial hypertension, daily monitoring of blood pressure, atrial fibrillation.