

УДК:616.12-008.331.1:616.831-005.1-084

Особливості розвитку факторів ризику у пацієнтів з повторним ішемічним інсультом

Резюме

Збільшення кількості розвитку випадків інсульту відбувається за рахунок збільшення поширеності основних факторів ризику, таких як вік і різні серцево-судинні події, такі як інфаркт міокарда, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія і особливо фібриляція передсердь. З метою аналізу частоти розвитку факторів ризику у пацієнтів з повторним ішемічним інсультом було обстежено 60 пацієнтів. Серед обстежених хворих у двох групах виявлено, що артеріальною гіпертензією страждали 83,3% пацієнтів, з яких 75% хворих в групі з первинним інсультом і 92,2% хворих у групі з повторним інсультом. Виявлено достовірні зростання пацієнтів з АГ 3-го ст. ($P < 0,05$) при повторному інсульті, що характеризувалося вірогідно ($p < 0,01$) збільшенням тяжкості інсульту, в порівнянні з групою первинного інсульту (відповідно 67,9% і 28,1%). У пацієнтів з повторними інсультами частіше відзначалися гіпертонічні церебральні кризи (відповідно 73,1% і 62,5%) незважаючи на те, що проведена антигіпертензивна терапія і контроль артеріального тиску був більш контрольованим, ніж у групі з первинним інсультом. При порівняльному аналізі анамнестичних даних в обох групах була виявлена спадковість по хронічній серцевої недостатності та ішемічній хвороби серця, що достовірно більше зустрічалося у хворих з повторним інсультом ($p < 0,01$). Таким чином, облік коморбідної патології та факторів ризику при лікуванні та профілактиці ішемічного інсульту має важливе профілактичне значення, особливо при повторному інсульті.

Ключові слова: первинний ішемічний інсульт, повторний ішемічний інсульт, фактори ризику, артеріальна гіпертензія, профілактика інсульту.

■ Микитей О.М.

Очний аспірант кафедри неврології та рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика

3

збільшення кількості розвитку випадків інсульту відбувається за рахунок збільшення поширеності основних факторів ризику, таких як вік і різні серцево-судинні події (інфаркт міокарда, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, фібриляція передсердь). У Європі, поширеність інсульту складає близько 2% і за останні 10 років вона зросла на

21,7% [1]. У США, поширеність інсульту становить приблизно 3% дорослого населення (близько 7 мільйонів чоловік), а до 2030 року вона зростає на 24,9% (до 4,0%), зачіпаючи додатково ще 4 млн осіб [2,3]. В Австралії, в нещодавніх звітах з охорони здоров'я (2009) підраховано, що 375 800 австралійців (205800 чоловіків і 170000 жінок) страждають інсультом і це є третьою провідною причиною смерті у чоловіків і другою провідною причиною смерті для жінок [4]. Серед осіб з фібриляцією передсердь (неклапанна форма), ризик інсульту приблизно в 5 разів вище, ніж в осіб без фібриляції передсердь [3; 5]. В Україні щорічно реєструють 100–120 тис. нових випадків інсульту. У 2010 р. 105513 мешканців України, що вперше перенесли інсульт, що в середньому по країні становить 278,2 на 100 000 населення; 35,5% усіх інсультів мали місце у людей працездатного віку. Співвідношення смеральної частоти інсульту до ішемічного становить в середньому по країні 1:4, в деяких західних областях – 1:5, у східних – 1:3 [6].

Літній вік є високим фактором ризику розвитку інсульту [5], оскільки близько 50% всіх інсультів припадає на людей віком старше 75 років. У США, захворюваність інсультом у віковій групі 35–44 років збільшується з 30–120 на 100000 осіб на рік, а захворюваність інсультом у віковій групі 65–74 років збільшується з 670–970 на 100000 осіб на рік [7]. Вважається, що ризик госпіталізації пацієнта з інсультом у віці 75–84 років більш ніж в 10 разів, в порівнянні з ризиком пацієнтів у віці 55–64 років [4]. Сьогодні доведено, що в світі старіння населення, кількість пацієнтів, що перенесли інсульт, збільшується. Наприклад, в Австралії налічувалося близько 60000 нових або повторних інсультів в 2010 році [8] у порівнянні з 50000 в 2008 році [4]. Однак, не слід забувати про коморбідність інсульту, що набирає свою поширеність, коли поєднуються кілька факторів ризику. Доведено, що через поширеність фібриляції передсердь з віком збільшується ризик інсульту, який різко зростає з 1 на 67 осіб у віці 50–59 років і, також, збільшується до 1 на 4 чоловік у віковій групі 80–89 років [7]. Враховуючи епідеміологічні дослідження, які виявили сьогодні широкий потенціал факторів ризику інсульту, багато досліджень зосереджені на потенційно більш інформативних

тивних і перспективних даних, особливо щодо для профілактики повторного інсульту, що й зумовило актуальність нашої роботи.

Мета дослідження

проаналізувати частоту розвитку факторів ризику у пацієнтів з повторним ішемічним інсультом.

Матеріали і методи дослідження

З метою вирішення поставлених задач нами було обстежено 60 хворих на ішемічний інсульт (ІІ). Верифікацію діагнозу ІІ проведено згідно критеріїв ВООЗ. Критерії включення до дослідження: 24 години від початку розвитку ІІ, підтвердженого даними КТ головного мозку; вік 45-75 років; постійна форма ФП неклапанної етіології; інформована згода хворого на участь у дослідженні. До дослідження не включали пацієнтів із пароксизмальною і персистуючою формою ФП; вторинною АГ; клінічно значимим аортальним і мітральним стенозом; інфарктом міокарда; клінічно значимим порушенням провідності серця; хронічною серцевою недостатністю III-IV функціонального класу; аортокоронарним шунтуванням та протезуванням клапанів серця в анамнезі; гострим порушенням мозкового кровообігу в анамнезі; інфекційним ендокардитом. Хворі згідно з класифікацією судинних порушень головного і спинного мозку відповідають рубриці МКХ-X – ішемічний інсульт (I63). Залежно від наявності ІІ хворі були розподілені на дві групи: перша група – 32 хворих на первинний ІІ; друга група – 28 хворих на повторний ІІ. В першу групу увійшло 18 (56,2%) чоловіків, середній вік яких становив $63,7 \pm 1,4$ років, і 14 (43,8%) жінок, середній вік яких становив $66,7 \pm 1,9$ років. В другу групу увійшло 15 (53,5%) чоловіків (середній вік $60,7 \pm 2,8$ років) та 13 (46,5%) жінок (середній вік $69,1 \pm 2,1$ років). За статтю й віком групи хворих статистично не відрізнялись ($p > 0,05$). Всі хворі на ІІ були госпіталізовані в ургентному порядку і перебували на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні КЗКОР «Київська обласна клінічна лікарня».

Для вирішення поставлених завдань використували дослідження неврологічного статусу, що проводили за стандартною методикою з оцінкою рівня свідомості, функції черепно-мозкових нервів, чутливої, рухової та координаторної сфери. Оцінку ступеня важкості ІІ та динаміку неврологічного дефіциту проводили за шкалами Глазго, NIHSS, Ренкіна, Бартела.

Також, для оцінки тяжкості ІІ в гострому періоді застосовувалася Скандинавська шкала (Scandinavian Stroke Study Group, 1985): легка ступінь тяжкості відповідала 31 - 57 балам, середня ступінь тяжкості відповідала 16 - 30 балам, важка ступінь - 0 - 15 балам. У карті реєстра фіксувалися основні фактори ризику інсульту: куріння, зловживання алкоголем, психо - емоційне напруження (за суб'єктивною оцінкою хворого та оточуючих виділялося помірне і виражене), спадкова обтяженість по серцево-судинним захворюванням (у батька, матері, братів, сестер), а також інфаркт міокарда в анамнезі, наявність стенокардії, фібриляції передсердь, пороку серця, цукрового діабету, синдрому переміжної кульгавості, інсульту в анамнезі, інших

супутніх захворювань. Підставою для діагностики була наявність клінічних ознак ІІ на момент огляду, або підтвердження діагнозу за медичними документами. Визначення ступеню АГ проводилося згідно з критеріями, рекомендованими Європейським товариством гіпертензії/Європейським товариством кардіологів (ESH / ESC-2009 року) та Українським товариством кардіологів (2012 року). Оцінювалася наявність гіпертонічних церебральних кризів за останній рік і 3 місяці до інсульту, прийом антигіпертензивних препаратів протягом останнього року і 3 місяців до розвитку інсульту. Діагноз гіпертонічного церебрального кризу встановлювався хворим на АГ, у яких при раптовому підвищенні артеріального тиску (не менше ніж на 20 мм рт.ст. від робочого рівня) з'являлися загальнономозкові симптоми (головний біль, запаморочення, нудота або блювота), що змушують звернутися за швидкою медичною допомогою. Дослідження характеру ураження речовини головного мозку у хворих на ІІ проводили методом КТ (протягом 24 годин) після появи симптомів інсульту. Обстеження проводили на апараті типу «Somatom 4» (Siemens, Німеччина), оцінювали наявність і характер ранніх ознак гострої ішемії головного мозку, розмір і локалізацію повторних інфарктів, ознаки набряку головного мозку. Лабораторні дослідження включали загальноприйняті показники аналізу крові та сечі, біохімічне обстеження крові. Отримані в ході дослідження результати оброблялися за допомогою пакета прикладних програм «STATISTICA 6.0» (StatSoft, Inc., США). Визначали середнє (M), похибку середньої (m). Для визначення характеру взаємозв'язку між ознаками використовували лінійний кореляційний аналіз.

Результати дослідження

При порівняльному аналізі анамнестичних даних хворих на первинний та вторинний ІІ виявлено, що в обох групах достовірно переважала частка хворих з АГ ($p < 0,05$).

Серед обстежених хворих у двох групах артеріальною гіпертензією (АГ) страждали 50 пацієнтів (83,3%). Серед хворих первинним інсультом АГ страждали 24 пацієнта (75%), де чоловіки склали 45,8%, а жінки 54,2%. Серед хворих з повторним інсультом АГ страждали 26 осіб (92,2%); чоловіки становили 53,8%, жінки - 46,2%.

Тяжкість інсульту оцінювалася за ступенем відновлення порушених функцій і здатності самообслуговування. Оцінюючи стан хворих за Скандинавською шкалою можна відзначити, що тяжкість стану прямо залежала від ступеня підвищення артеріального тиску (АТ). Від 14 до 38 балів при 3 ступеню АГ, тоді як при 1-2 ступенях АГ тяжкість стану оцінювалася від 34 до 57 балів, що підтверджує дані, що чим вище ступінь АГ, тим важче перебіг інсульту.

Аналіз здатності самообслуговування за індексом Бартель показав, що у хворих з високими цифрами АТ довше відновлюються порушені функції і потрібна допомога при обслуговуванні. У хворих з 1-м ступенем АГ рівень індекс Бартель становив 97-103 бали, тоді як у хворих з 2-м і 3-м ступенем АГ ступінь самообслуговування досягала 35-80 балів ($p < 0,05$). Незважаючи на ступені АГ, сума балів у хворих 2-ї групи не перевищувала 80 балів, що доводить, що рівень самообслуговування

у хворих з повторними інсультами набагато нижче. Серед хворих АГ, які перенесли первинний інсульт, АГ 1 ст. спостерігалася у 13 хворих (54,1%), АГ 2 ст. у 7 хворих (29,2%), АГ 3 ст. виявлена у 4 хворих (16,7%). Серед хворих АГ, які перенесли повторний інсульт АГ 1-й ст. виявлена у 10 хворих (38,4%), АГ 2-й ст. у 5 хворих (19,3%), АГ 3-го ст. виявлена у 11 хворих (42,3%). Таким чином, аналізуючи вплив АГ на ризик розвитку ІІ, виявлено достовірне ($p < 0,05$) збільшення АГ 3-го ст. у пацієнтів з повторним інсультом. Серед хворих 2 групи важкий інсульт розвинувся в 19 випадках (67,9%), а серед осіб, 1 групи - в 9 випадках (28,1%) ($p < 0,01$).

Гіпертонічні церебральні кризи за останній рік виявлені у 15 (62,5%) хворих з АГ і первинним інсультом: 11 жінок (73,3%) і 4 чоловіків (26,7%). Встановлено, що у жінок гіпертонічні церебральні кризи були достовірно ($p < 0,01$) частіше, ніж у чоловіків. При аналізі анамнезу захворювання, встановлено, що лікування АГ за останній рік до розвитку інсульту в 1-й групі не проводилося у 9 хворих (37,5%), епізодично лікувалися 11 хворих (45,8%), постійно лікувалися тільки 4 хворих (16,7%). У 2-й групі гіпертонічні церебральні кризи за останній рік виявлені у 19 (73,1%) хворих з АГ і повторного інсульту: 13 жінок (68,4%) і 6 чоловіків (21,6%). Встановлено, що у жінок кризи були достовірно ($p < 0,01$) частіше, ніж у чоловіків. Лікування АГ за останній рік не проводили 4 особи (15,3%), епізодично лікувалися 10 осіб (38,5%) і постійне лікування проводили 12 осіб (46,2%).

При аналізі анамнезу захворювання, було встановлено, що профілактичне лікування АГ за останні 3 місяці до розвитку інсульту в 1-й групі не проводили 5 хворих (20,8%), епізодично лікувалися 14 хворих (58,4%) і постійне лікування отримували 5 хворих (20,8%). У 2-й групі лікування АГ за останні 3 місяці не проводили 2 хворих (7,7%), епізодично лікувалися 7 хворих (26,9%), постійно лікувалися 17 людей (65,4%). При аналізі анамнезу захворювання, було встановлено, що гіпертонічні церебральні кризи спостерігалися в 1-й групі у 3,3% пацієнтів, що приймали препарати постійно, у 20% пацієнтів, що приймали препарати епізодично, у 42,7% пацієнтів, що не лікувалися. Встановлено недостатній контроль АГ на тлі проведеної антигіпертензивної терапії. При аналізі анамнезу захворювання, було встановлено, що гіпертонічні церебральні кризи спостерігалися у 2-й групі у 31,5% пацієнтів, що приймали препарати постійно, у 47,4% пацієнтів, що приймали препарати епізодично, у 21,1% пацієнтів, що не лікувалися. В цій групі також встановлено недостатній контроль АГ на тлі проведеної антигіпертензивної терапії, але менший, ніж після першого епізоду інсульту. При аналізі анамнезу 1-ї групи пацієнтів з первинним інсультом палять 21 чоловік (65,6%), серед яких 19 чоловіків (90,4%) і 2 жінки (9,6%). При аналізі анамнезу 2-ї групи пацієнтів з повторним інсультом палять 6 осіб (21,4%) і всі чоловіки. Серед пацієнтів 1-ї групи зловживали алкоголем 8 хворих (25%), серед яких 87,5% чоловіків і 12,5% жінок. Серед пацієнтів 2-ї групи з повторним інсультом зловживали алкоголем 11 хворих (39,3%), серед яких 90,1% чоловіків і 9,9% жінок.

При аналізі анамнезу з серцево-судинної та цереброваскулярної патології (інфаркт міокарда, артеріальна гіпертензія, інсульт у батьків, рідних братів і сестер хворого) у 1-ї групи пацієнтів обтя-

жена спадковість була виявлена у 29 хворих (90,9%), серед яких 13 чоловіків (44,8%) і 16 жінок (55,2%); у 2-ї групи пацієнтів обтяжена спадковість була виявлена у 26 хворих (92,3%), серед яких 10 чоловіків (38,4%) і 16 жінок (64,6%). Було встановлено, що серед хворих обох груп частка осіб з обтяженою спадковістю серед чоловіків і жінок достовірно не відрізнялися.

При порівняльному аналізі анамнестичних даних хворих на первинний та вторинний ІІ виявлено, що в обох групах однаково була виявлена спадковість за інфарктом міокарда як в 1-й, так і в 2-й групі (47,5% та 42,8%, відповідно; $p > 0,05$). Однак, слід враховувати, що в обох групах виявлено достовірне підвищення частки чоловіків з інфарктом міокарда в анамнезі вдвічі більше (70% та 30%, відповідно; $p < 0,01$). Частка хворих з хронічною серцевою недостатністю були достовірно більшою в 2-й групі у порівнянні з 1-ю групою (39,2% та 9,3%, відповідно; $p < 0,01$). В обох групах виявлено достовірне підвищення частки хворих на ішемічну хворобу серця, що діагностовано у всіх хворих 2-ї групи та у достовірно меншій кількості хворих 1-ї групи (100% та 68,7%, відповідно; $p < 0,01$).

Висновок

Серед обстежених у двох групах виявлено, що артеріальною гіпертензією страждали 83,3% хворих, з яких 75% хворих у групі з первинним ІІ, та 92,2% хворих у групі з повторним ІІ. Виявлено достовірне зростання пацієнтів з АГ 3-го ст. ($p < 0,05$) при повторному інсульті, що характеризувалося вірогідним ($p < 0,01$) збільшенням тяжкості інсульту, в порівнянні з групою первинного інсульту (відповідно 67,9% і 28,1%). У хворих з повторними інсультами частіше відзначалися гіпертонічні церебральні кризи (відповідно у 73,1% і 62,5%), незважаючи на те, що проведена антигіпертензивна терапія і контроль артеріального тиску був більш контрольованим, ніж у групі з первинним інсультом. При аналізі анамнезу з серцево-судинної та цереброваскулярної патології (інфаркт міокарда, артеріальна гіпертензія, інсульт у батьків, рідних братів і сестер хворого) у пацієнтів з первинним та повторним ІІ обтяжена спадковість була виявлена з недостовірною різницею (90,9%, 92,3%, відповідно; $p > 0,05$), серед якої в обох групах частка чоловіків і жінок достовірно не відрізнялися. При порівняльному аналізі анамнестичних даних в обох групах була виявлена спадковість за хронічною серцевою недостатністю та ішемічною хворобою серця, що достовірно більше зустрічалась у хворих на повторний ІІ ($p < 0,01$). Таким чином, врахування коморбідної патології та факторів ризику при лікуванні та профілактиці ішемічного інсульту має важливе значення, особливо при повторному ішемічному інсульті.

Література

- [1] Kirchhof P, Auricchio A, Bax J, Crijns H, Camm J, Diener H, et al. (2007) Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NETwork (AFNET) and the European Heart Rhythm Association (EHRA). *Eur Heart J* 28: 2803–2817
- [2] Heidenreich P, Trogon J, Khavjou O, Butler J, Dracup K, Ezekowitz M, et al. (2011) Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation* 123: 933–944
- [3] Roger V, Go A, Lloyd-Jones D, Benjamin E, Berry J, Borden W, et al. (2012) Heart disease and stroke statistics - 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 125(1): e2–e220
- [4] Australian Institute of Health and Welfare (2008) Australia's health 2008. Cat no AUS 99. Canberra: AIHW

Особенности развития факторов риска у пациентов с повторным ишемическим инсультом

■ Микитей О.Н.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Резюме

Увеличение количества развития случаев инсульта происходит за счет увеличения распространенности основных факторов риска, таких как возраст и различные сердечно-сосудистые события, такие как инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и особенно фибрилляция предсердий. С целью анализа частоты развития факторов риска у пациентов с повторным ишемическим инсультом было обследовано 60 пациентов. Среди обследованных больных в двух группах выявлено, что артериальной гипертензией страдали 83,3% пациентов, из которых 75% больных в группе с первичным инсультом и 92,2% больных в группе с повторным инсультом. Выявлен достоверный рост пациентов с АГ 3-й ст. ($p < 0,05$) при повторном инсульте, что характеризовалось достоверным ($p < 0,01$) увеличением тяжести инсульта, по сравнению с группой первичного инсульта (соответственно 67,9% и 28,1%). У пациентов с повторными инсультами чаще отмечались гипертонические церебральные кризы (соответственно 73,1% и 62,5%) несмотря на то, что проводимая антигипертензивная терапия и контроль артериального давления был более контролируемым, чем в группе с первичным инсультом. При сравнительном анализе анамнестических данных в обеих группах была обнаружена наследственность по хронической сердечной недостаточности и ишемической болезни сердца, что достоверно больше встречалось у больных с повторным инсультом ($p < 0,01$). Таким образом, учет коморбидной патологии и факторов риска при лечении и профилактике ишемического инсульта имеет важное профилактическое значение, особенно при повторном инсульте..

Ключевые слова: первичный ишемический инсульт, повторный ишемический инсульт, факторы риска, артериальная гипертензия, профилактика инсульта.

- [5] Benjamin E., Levy D., Vaziri D., D'Agostino R., Belanger A., Wolf P. (1994) Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort: the Framingham Heart Study. *JAMA* 271: 840–844
- [6] Коваленко В. М. Демографія і стан здоров'я народу України. –2010. –143С.
- [7] Roger V., Go A., Lloyd-Jones D., Benjamin E., Berry J., Borden W., et al. (2012) Heart disease and stroke statistics - 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 125(1): e2–e220
- [8] Boddice G., Brauer S., Gustafsson L., Kenardy J., Hoffmann T. (2010) Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. Melbourne, Australia: National Stroke Foundation. Available at: http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_managment_2010_interactive.pdf

Features of risk patients with recurrent ischemic stroke

■ O.M. Mikitay

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L.Shupyk

Summary

Increasing the number of cases of stroke is due to increase the prevalence of major risk factors, such as age and various cardiovascular events such as myocardial infarction, heart disease, hypertension, and especially atrial fibrillation. In order to analyze the incidence of risk factors in patients with recurrent ischemic stroke were examined 60 patients. Among the examined patients in the two groups revealed that hypertension suffered 83.3% of the patients, 75% of patients in the group with a primary stroke and 92.2% of patients in the group with recurrent stroke. A significant increase in patients with hypertension 3-st. ($p < 0,05$) during the second stroke, that was characterized by the accuracy ($p < 0,01$) increase in the severity of stroke, compared with a group of primary stroke (respectively 67.9% and 28.1%). In patients with recurrent stroke occurred more frequently hypertensive cerebral crises (respectively, 73.1% and 62.5%) despite the fact that antihypertensive therapy and blood pressure control was more controlled than in the group with primary stroke. Comparative analysis of anamnestic data in both groups was found heredity of chronic heart failure and coronary artery disease, which significantly more common in patients with recurrent stroke ($p < 0.01$). Thus, consideration of comorbid diseases and risk factors in the treatment and prevention of ischemic stroke is of great preventive value, especially during the second stroke.

Keywords: primary ischemic stroke, recurrent ischemic stroke, risk factors, hypertension, stroke prevention.