

УДК: 616.839.1/.6-06:616.831-071:616.12-073.178-073.43-073.7:616.831-073.7

Оцінка неврологічного дефіциту у хворих з хронічною ішемічною мозку на тлі стенокардії напруги

■ Інгула Н.І.

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

Резюме

Ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається домінуючою по захворюваності і смертності серед серцево-судинних захворювань і представляє важливу медико-соціальну проблему. На 2012 р. в Україні смертність від хвороб системи кровообігу склала 66,3% від загальної смертності. Однією з форм ІХС є стабільна стенокардія напруги, яка тривалий час може протікати без розвитку ускладнень. Результати досліджень показали, що смертність при хронічній ІХС співставна зі смертністю пацієнтів, що перенесли гострий інфаркт міокарда. В Європі щорічно від інфаркту міокарда вмирають 4,3 мільйона жителів, що становить приблизно 48% від загальної кількості причин смерті. На підставі дослідження за допомогою анамнестичних даних, аналізу факторів ризику, клініко-неврологічного обстеження, лабораторних досліджень, електрофізіологічних методик обстеження, методик нейровізуалізації виявлено, що у хворих з хронічною ішемією мозку на тлі стабільної стенокардії напруги, неврологічний дефіцит значно наростає внаслідок перенесеного інфаркту міокарда.

Ключові слова: хронічна ішемія мозку, стабільна стенокардія напруги, інфаркт міокарда, гіперсимпатикотонія.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є однією з головних причин смертності в усьому світі, а ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається домінуючою серед ССЗ і представляє важливу медико-соціальну проблему [1,6,7]. У 2012 р. смертність від хвороб системи кровообігу склала 66,3% від загальної смертності, а більше 50% з них – від ІХС [2, 3]. Однією з форм ІХС є стабільна стенокардія напруги (СтН), яка тривалий час може протікати без розвитку ускладнень [4]. Разом з тим результати досліджень показали, що смертність при хронічній ІХС співставна зі смертністю пацієнтів, що перенесли гострий інфаркт міокарда (ІМ) [5]. За даними 20-річного проспективного спостереження, смерт-

ність у хворих на стенокардію при низькій і середній толерантності до фізичного навантаження склала 80,7%, а при високій толерантності до навантаження – 48,4%. Частота стенокардії різко підвищується з віком, і в більшості європейських країн поширеність захворювання складає 20-40 тис. випадків на 1 млн осіб населення. За даними офіційної статистики 2010 р., 8,6 млн осіб працездатного населення України страждає ІХС, серед яких 36% становлять хворі стенокардією [1].

За оцінками Американської кардіологічної асоціації (American Heart Association – АНА), в США 17,6 млн осіб страждають ІХС, з них 10,2 млн мають стабільну СтН, а 8,5 млн перенесли гострий ІМ [8]. В Європі щорічно від ІМ вмирають 4,3 мільйона жителів, що становить приблизно 48% від загальної кількості причин смерті. Численні дослідження кардіоваскулярних захворювань свідчать про провідну роль дисбалансу нейрогуморальної системи на користь підвищеної активності симпатико-адреналової і ангіотензин-адреналової її складових [5,6,7].

Симпатичному відділу вегетативної нервової системи (ВНС) належить важлива роль в розвитку коронарного атеросклерозу та ішемії міокарда, а також у забезпеченні компенсаторно-приспосувальних реакцій в стресових ситуаціях [7]. Гіперсимпатикотонія, що супроводжується збільшенням частоти серцевих скорочень (ЧСС) і підвищенням рівня норадреналіну в плазмі крові, є одним з важливих факторів ризику розвитку ССЗ, а також предиктором серцево-судинної і загальної смертності. З віком активність симпатичної нервової системи (СНС) збільшується і це відбувається незалежно від наявності захворювання [6, 7, 8]. На тлі гіперсимпатикотонії змінюється гемодинаміка, збільшується виділення реніну з активацією ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), що ускладнює перебіг кардіоваскулярної патології, веде до ряду несприятливих наслідків як медичного, так і соціального порядку, призводять до раннього розвитку інвалідності [1, 5, 6, 8]. За результатами медико-статистичних досліджень, спостерігається тенденція до

зростання смертності від ССЗ, зокрема від ІХС, що визначає актуальність цілеспрямованого вивчення патофізіологічних аспектів та коморбідних станів цій патології.

Мета дослідження: оцінити вираженість неврологічного дефіциту у хворих на ХІМ на тлі стабільної СтН та у хворих з ХІМ, що перенесли інфаркт міокарда.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 49 хворих (29 жінок і 20 чоловіків) у віці від 45 до 74 років (середній вік – $53,1 \pm 11,4$ років). Всі пацієнти були розділені на дві групи. У першу групу увійшли 25 пацієнтів (15 жінок і 10 чоловіків) з ХІМ при стабільній СтН 2 ФК, у другу групу (контрольну) – 24 хворих (14 жінок і 10 чоловіків) з ХІМ, СтН 2 ФК та перенесеним інфарктом міокарда. Діагноз ХІМ встановлювався відповідно з МКБ-10. Діагноз стабільної СтН встановлювався на підставі рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2008), а ФК тяжкості стабільної СтН згідно класифікації Канадської асоціації кардіологів (Camreau L., 1976). Всі пацієнти отримували стандартну терапію за основним та супутнім захворюванням.

Обстеження пацієнтів проводили на базах кафедри неврології та рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика: КЗ КОР Київська обласна клінічна лікарня (неврологічне відділення), Національний Інститут серцево-судинної хірургії імені Амосова Н.М. (відділення хірургії ішемічної хвороби серця, відділення хірургічних методів діагностики та лікування захворювання серця і судин).

Методи дослідження включали: клініко-неврологічна оцінка стану за стандартною методикою; визначення індексу маси тіла; дослідження стану ВНС (тести-опитувальники суб'єктивної оцінки вегетативного статусу самим пацієнтом і лікарем; тест-опитувальник оцінки вегетативної функції окремих органів і систем; визначення вегетативного індексу Кердо і Хільдебранда для оцінки тону вегетативної нервової системи; дослідження око-серцевого (Даньїні-Ашнера), синокаротидного (Чермака) і солярного (Тома) рефлексів для оцінки вегетативної реактивності; ортокліностатичні проби для дослідження вегетативного забезпечення діяльності).

З метою оцінки когнітивних функцій пацієнтів використовували коротку шкалу оцінки психічного статусу (Mini-mental State Examination – MMSE), тест запам'ятовування десяти слів Лурія, тест малювання годинника (ТМГ), батарею лобної дисфункції (БЛД). Для визначення тривоги і депресії проводилася госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) і шкала Спілбергера-Ханіна.

Інструментальні дослідження включали: добове моніторування артеріального тиску, розрахунок циркадного індексу ЧСС, електрокардіографію,

ехокардіографію, доплерографію інтракраніальних судин головного мозку, дуплексне сканування магистральних артерій голови, дослідження шкірного симпатичного викликаного потенціалу, електроенцефалографію, комп'ютерну (КТ) та / або магнітно-резонансну (МРТ) томографію головного мозку. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакету програм Statistica 6.0.

Результати дослідження

При проведенні аналізу скарг пацієнтів виявлено, що головний біль спостерігався у 18 (72%) хворих на СтН і у 22 (91,7%) хворих, що перенесли ІМ; запаморочення у 12 (48%) хворих та у 19 (79%) хворих відповідно; «мушки» перед очима – у 10 (40%) і у 15 (62,5%) хворих, відповідно. На відчуття перепаду артеріального тиску (АТ) скаржилися 22 (88%) хворих першої групи та 15 (62,5%) хворих другої групи. Порухення сну спостерігалось 23 (92%) обстежуваних з СтН та 12 (50%) – з ІМ. Відчуття тривоги було присутнє у 18 (72%) хворих першої групи і у 14 (58,3%) – другої групи. Було встановлено, що 12 (48%) хворих з СтН та 14 (50%) хворих з ІМ відмічали погіршення пам'яті на поточні події. Загальна втомлюваність достовірно не відрізнялась ($p > 0,05$) між першою та другою групами (88% і 87,5%, відповідно). Хронічний больовий синдром, що в більшості випадків був пов'язаний з вертеброгенною патологією, спостерігався у 20% та 37,5% хворих, відповідно. Розподіл скарг за належністю до статі в першій та другій групі представлені в табл. 1.

Скарги на вегетативні порушення у обстежуваних хворих обох груп були представлені кардіальним синдромом (біль в області серця, серцебиття, перебої в роботі серця) і спостерігалися у 23 (92%) хворих в першій групі, та у 24 (100%) хворих в другій групі. Респіраторний синдром (відчуття нестачі повітря, задуха) достовірно ($p < 0,05$) менше спостерігався у 52% хворих на СтН та 87,5% хворих, що перенесли ІМ. Гастроінтестинальний синдром (біль в животі, нудота, блювання, метеоризм) також достовірно ($p < 0,05$) менше спостерігався у хворих на СтН (12% та 37,5%, відповідно). Терморегуляторний вегетативний синдром (підвищення чи зниження температури тіла, не пов'язане з інфекційними захворюваннями) був виявлений лише у 6 (25%) жінок, що перенесли ІМ.

Аналіз факторів ризику показав, що майже всі хворі зі СтН та перенесеним ІМ, хворіють на АГ. Тривалість АГ до 1 року була лише в 3 (12%) обстежуваних першої групи. Від 1 до 5 років хворіли на АГ 4 (16%) пацієнта з СтН та 10 (41,6%) пацієнтів, що перенесли ІМ. Найбільшу кількість склали хворі, які хворіли на АГ понад п'ять років: 15 (60%) хворих першої групи, 14 (58,3%) – другої групи. Постійний прийом антигіпертензивних препаратів був лише у 12 (48%) хворих на СтН та у 9 (37,5%) хворих, що перенесли ІМ.

Таблиця 1

Аналіз скарг обстежуваних пацієнтів відповідно статі, (%)

Показники	Групи			
	ХІМ та СтН		ХІМ та ІМ	
	Чоловіки n=10	Жінки n=15	Чоловіки n=10	Жінки n=14
Головний біль	83,4	61,2	83,3	100
Запаморочення	31,8	64,5	68,6	89,4
«Мушки» перед очима	28,9	50,6	31,8	93,2
Відчуття перепаду АТ	71,6	87,5	50	75
Порушення сну	97,6	86,5	35,3	64,5
Тривога	57	87,5	52	64,5
Загальна втомлюваність	99,5	76,5	85,5 89,5	
Порушення пам'яті	32,7	63,5	38,2	62,4
Хронічний больовий синдром	14,5	25	36,2	38,8

Таблиця 2.

Аналіз спадкових факторів ризику в обстежуваних пацієнтів відповідно статі, (%)

Показники	Групи			
	ХІМ та СтН		ХІМ та ІМ	
	Чоловіки, n=10	Жінки, n=15	Чоловіки, n=10	Жінки, n=14
АГ	73,5	62,5	33,3	50
Інсульт	27	37,5	0	21,4
Інфаркт міокарда	40,5	24	50	35,7

Аналіз спадковості показав, що АГ у найближчих родичів (батько, мати) спостерігалась у 17 (68%) пацієнтів з СтН та у 10 (41,7%) пацієнтів, що перенесли ІМ. Інсульт у найближчих родичів відмічали 8 (32%) хворих першої групи та 3 (12,5%) хворих другої групи. Інфаркт міокарда був у найближчих родичів відмічали 8 (32%) хворих на СтН та 10 (41,7%) хворих, що перенесли ІМ. Розподіл спадкових факторів ризику за приналежністю до статі в першій та другій групі представлений в табл. 2.

Під час дослідження неврологічного статусу в обстежуваних пацієнтів, було виявлено, що достовірно ($p < 0,05$) частіше спостерігаються симптоми, які вказують на ХІМ, але в при порівнянні у хворих на стабільну СтН та хворих з СтН, що перенесли ІМ не отримано достовірної різниці між групами ($p > 0,05$). Когнітивні порушення відзначали 75% хворих, а при порівнянні між групами за шкалою MMSE встановлено, що достовірно виражені ($p < 0,05$) когнітивні

порушення спостерігались в другій групі 87,5%, ніж в першій – 68%.

Висновки

1. Під час проведення комплексного клінічного дослідження у хворих на ХІМ а тлі стабільної СтН та хворих на ХІМ, що перенесли ІМ, показано, що вегетативні порушення були представлені переважно кардіальними та респіраторними синдромами, але достовірно ($p < 0,05$) більше вони превалюють у хворих, що перенесли ІМ.
2. Спадковими факторами ризику у хворих на ХІМ а тлі стабільної СтН та хворих на ХІМ, що перенесли ІМ, є артеріальна гіпертензія, інсульт та інфаркт міокарда.
3. Когнітивні порушення відзначали 75% хворих обох груп, а при порівнянні між групами за шкалою MMSE встановлено, що достовірно виражені ($p < 0,05$) когнітивні порушення спостерігались у хворих на ХІМ, що перенесли ІМ.

Література.

1. Лутай М.И., Пархоменко А.Н., Лысенко А.Ф. и др. Международный регистр CLARIFY больных со стабильной ишемической болезнью сердца в Украине: особенности, проблемы, перспективы // УКЖ. - 2013. - №3. - С.34-39
2. Timmis A.D., Feder G., Hemingway H. Prognosis of stable angina pectoris: why we need larger population studies with higher endpoint resolution // Heart. - 2007. - Vol. 93(7). - P. 786-791.
3. Лупанов В.П., Чотгаев Х.Х., Евстифеева С.Е., Деев А.Д. и др. Клиническое течение заболевания и прогноз у больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией, обусловленной стенозирующим коронарным атеросклерозом (данные 20-летнего наблюдения) // Тер арх. - 2002. - № 9. - С. 13-20.
4. Коваленко В.М. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України / Коваленко В.М., Корнацький В.М.-К.: Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска», 2011.-165 с.
5. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. - 2007. - Vol. 25. - P. 1105-1187.
6. Свиридова Н.К. Неклапанная фибрилляция предсердий и инсульт: новая стратегия антикоагулянтов в 2015 г. / Свиридова Н.К. // Східно-європейський неврологічний журнал. - № 5. - 2015. - С. 4-8. <https://journal.neurology.world/neklapannaja-fibrillacija-predserdij-i-insult-novaja-strategija-antikoagulantov-v-2015-g>.
7. Мурашко Н.К. Хронічне порушення мозкового кровообігу: акцент на діагностику та лікування / Мурашко Н.К., Сулік Р.В. // Ліки України. - №9 (155). - 2011. - С. 58-63. http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2011-10-20/11NKMDTL.pdf
8. Мурашко Н.К. Новые возможности и перспективы метаболического кардиоцитопротектора в лечении различных форм нарушений мозгового кровообращения/Ліки України. - №4(150). - 2011. - С. 96-100. http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2011-05-10/11NKMNMK.pdf

Оценка неврологического дефицита у больных с хронической ишемической мозга на фоне стенокардии напряжения**■ Ингула Н.И.**

Аспирант кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Резюме

Ишемическая болезнь сердца остается доминирующей по заболеваемости и смертности среди сердечно-сосудистых заболеваний и представляет важную медико-социальную проблему. В 2012 г. в Украине смертность от болезней системы крово-

брашения составила 66,3% от общей смертности. Одной из форм ИБС является стабильная стенокардия напряжения, которая длительное время может протекать без развития осложнений. Результаты исследований показали, что смертность при хронической ИБС сопоставима со смертностью пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда. Более чем у половины больных стенокардией тяжесть симптомов ограничивает их повседневную активность и часто приводит к преждевременной потере работоспособности. На основании исследования с помощью анамнестических данных, анализа факторов риска, клинико-неврологического обследования, лабораторных исследований, электрофизиологических методик обследования, методик нейровизуализации выявлено, что у больных с хронической ишемией мозга на фоне стабильной стенокардии напряжения неврологический дефицит значительно нарастает вследствие перенесенного инфаркта миокарда.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, стабильная стенокардия напряжения, инфаркт миокарда, инсульт, гиперсимпатикотония.

Evaluation of neurological deficits in patients with chronic ischemic brain against the background of angina**■ N. Inhula**

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Summary.

Coronary heart disease remains the dominant morbidity and mortality of cardiovascular diseases and is an important medical and social problem. In 2012 in Ukraine mortality from diseases of the circulatory system accounted for 66.3% of the total; about half of them - from CHD. One form of CHD is stable angina, which can occur for a long time without complications. However, studies have shown that the mortality rate in patients with chronic ischemic heart disease mortality is comparable to patients with acute myocardial infarction. More than half of patients with angina severity of symptoms severely limits their daily activities and often leads to premature loss of efficiency. Based on studies using anamnesis, risk analysis, clinical and neurological examination, laboratory investigations, electrophysiological examination methods, techniques of neuroimaging (magnetic resonance imaging) showed that in patients with chronic ischemia of the brain against the background of stable angina neurological deficit significantly increases due to myocardial infarction.

Key words: chronic cerebral ischemia, myocardial infarction, stroke, exertional angina.