

Н.В. Литвиненко, М.Ю. Дельва, І.І. Дельва, О.В. Саник

Особливості клінічного перебігу та функціональних наслідків ішемічних кардіоемболічних інсультів у осіб з ожирінням

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: ожиріння, абдомінальний тип, кардіоемболічний інсульт.

Виявлено, що в осіб з ожирінням, особливо з його абдомінальним типом, як правило, перебіг кардіоемболічного інсульту за шкалою NIHSS важчий, а відновлення функціонального дефекту за модифікованою шкалою Ренкіна гірше, ніж в осіб з нормальною масою тіла.

Особенности клинического течения и функциональных последствий ишемических кардиоэмболических инсультов у лиц с ожирением

Н.В. Литвиненко, М.Ю. Дельва, И.И. Дельва, А.В. Саник

Виявлено, что у лиц с ожирением, особенно абдоминальным типом, как правило, течение кардиоэмболического инсульта по шкале NIHSS более тяжелое, а восстановление функционального дефекта по модифицированной шкале Ренкина хуже, чем у лиц с нормальной массой тела.

Ключевые слова: ожирение, абдоминальный тип, кардиоэмболический инсульт.

Патология. – 2010. – Т.7., №1. – С.

Features of clinical course and functional consequences of cardioembolic ischemic stroke in patients with obesity

N.V. Lytvynenko, M.Yu. Delva, I.I. Delva, O.V. Sanyk

It was revealed that patients with obesity, especially with its abdominal type, as rule have more severe cardioembolic strokes according to NIHSS scale and worse restoration of functional defects according to modified Rankin's scale than those with normal body weight.

Key words: obesity, abdominal type, cardioembolic stroke.

Pathologia. 2010; 7(1):

Ожиріння є пандемією XXI сторіччя. У наш час близько третини дорослого населення земної кулі страждає на ожиріння, приблизно 20% дітей та підлітків мають надмірну вагу тіла [1]. Ожиріння є одним із компонентів метаболічного синдрому, разом з артеріальною гіпертензією, порушенням ліпідного обміну, інсулінорезистентністю та цукровим діабетом II типу тощо. Крім того, жирова тканина є важливим ендокринним органом – адипоцити вивільняють понад 50 сигнальних протеїнів (адипокінів), які є різнорідними за структурою та функціями, однак переважна більшість із них пов'язані з імуннозапальними та проатерогенними реакціями [2]. В сукупності це веде до збільшення частоти васкулярних подій у осіб з ожирінням: зокрема, в проспективному дослідженні показано, що при ожирінні, особливо при його абдомінальному варіанті, різко збільшується ризик виникнення інсультів та транзиторних ішемічних атак, незалежно від наявності інших факторів ризику [3]. В експерименті на мишах було показано, що при ожирінні значно обтяжується перебіг інсультів внаслідок підвищеної системної імуннозапальної відповіді на ушкодження мозку [4]. Але до сьогоднішнього часу майже немає робіт, присвячених особливостям перебігу інсультів у хворих з ожирінням.

Мета дослідження: вивчення особливостей клінічного перебігу та функціональних наслідків ішемічного кардіоемболічного інсульту у хворих з ожирінням при відсутності цукрового діабету.

Пацієнти та методи

Обстежено 58 хворих у гострому періоді ішемічного кардіоемболічного інсульту, в яких немає цукрового діабету. Діагноз ішемічного інсульту обов'язково підтверджувався даними нейровізуалізації; кардіоемболічний характер інсульту встановлювався згідно критеріїв TOAST [5]. Аналіз перебігу інсультів проводили за шкалою американського Національного інституту здоров'я (NIHSS) під час госпіталізації, на 5-у та 10-у добу перебування у відділенні; вивчення функціональних наслідків захворювання проводили на момент виписки зі стаціонару за модифікованою шкалою Ренкіна (МШР). Маса тіла вимірювалася механічними вагами при госпіталізації або при покращенні стану пацієнтів, у деяких випадках – зі слів родичів пацієнта. За допомогою сантиметрової стрічки вимірювали окружність талії (посередині відстані між краєм реберної дуги і гребенем стегнової кістки) та окружність стегон (на рівні великих відростків стегнових кісток).

На основі антропометричних даних вираховували індекс маси тіла (ІМТ) – співвідношення ваги тіла в кілограмах та квадрату зросту пацієнта в метрах. Характер розподілу підшкірно-жирової клітковини визначали співвідношенням окружності талії до окружності стегон (ОТ/ОС).

Отримані результати

Вік хворих коливався від 48 до 69 років (у середньому 59±5 років). 15 пацієнтів (26%) мали нормальну масу тіла (ІМТ – 18,5-25 кг/м²) – 1-а група, у 12 (21%) пацієнтів

була надлишкова вага (ІМТ – 25-29,9 кг/м²). Ожиріння І-ІІ ст. фіксувалося у 31 (53%) хворих (ІМТ>30 кг/м²): абдомінальний варіант спостерігався у 19 (61%) випадках (ОТ/ОС>1,0 у чоловіків та >0,85 у жінок), ці пацієнти склали 3-ю групу; 12 пацієнтів (39%) з неабдомінальним типом ожиріння склали 2-у групу. Інсульт в артеріях каротидного басейну фіксувався у 39, а у вертебро-базиллярному басейні – у 19 випадках.

При госпіталізації важкість неврологічних розладів за шкалою NIHSS у пацієнтів з нормальною масою тіла складала 14±4 бали, у пацієнтів з неабдомінальним ожирінням – 18±3 бали, а у пацієнтів з абдомінальним ожирінням – 22±3 бали. Динаміка неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS в 1-й групі була 12±4 бали (на 5-у добу) та 9±3 бали (на 10-у добу). У 2-й групі відповідні показники склали 15±4 та 14±5 балів. У 3-й групі стан пацієнтів у вищенаведені терміни дорівнював 20±5, 17±6 балам. Летальний кінець у стаціонарі констатовано у 2-х пацієнтів 1-ї (13%), у 4 пацієнтів 2-ї (33%) та у 7 пацієнтів 3-ї групи (37%). У 1-й групі 4 пацієнти (27%) виписано зі стаціонару з повним відновленням функції або з відсутністю істотних порушень життєдіяльності (0-1 бал за МШР), тоді як у 2-й групі відповідний показник становив 2 (17%), а в 3-й групі 2 (11%). Крім того, в 1-й групі 2 пацієнти (13%) виписані зі стаціонару з грубим або вираженим порушенням життєдіяльності та потребою в постійному

сторонньому догляді (4-5 балів за МШР), в 2-й групі – 3 (25%), в 3-й групі – 5 (26%) хворих.

Висновки

Особи з ожирінням, особливо з абдомінальним типом, як правило, мають важчий клінічний перебіг ішемічного кардіоемболічного інсульту та погане відновлення функціонального дефекту, ніж особи з нормальною масою тіла.

Перспективи. Необхідні подальші дослідження для ідентифікації патофізіологічних механізмів, що лежать в основі важчого клінічного перебігу ішемічних інсультів у осіб з ожирінням.

Література

1. *Ogden C.* The Epidemiology of Obesity / C. Ogden, S. Yanovski, M. Carroll [et al.] // *Gastroenterology*. – 2007. V.132, № 6. – P. – 2087-2102.
2. *Hajer G.* Adipose tissue dysfunction in obesity, diabetes, and vascular diseases / G. Hajer, T. Haeften, F. Visseren / *European Heart Journal*. – 2008. – V. 29. – P. 2959–2971.
3. *Winter Y.* Contribution of Obesity and Abdominal Fat Mass to Risk of Stroke and Transient Ischemic Attacks / Y. Winter, S. Rohrmann, J. Linseisen [et al.] / *Stroke*. – 2008. – V. 39. – P. 3145-3151.
4. *Terao S.* Inflammatory and Injury Responses to Ischemic Stroke in Obese Mice / S. Terao, G. Yilmaz, K. Stokes [et al.] / *Stroke*. – 2008. – V. 39. – P. 943-950.
5. *Adams J.* Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment / Adams J., Bendixen B., Kappelle L. [et al.] / *Stroke*. – 1993. – V. 24. – P. 35-41.

Відомості про авторів:

Литвиненко Н.В., д.мед.н., проф., зав. кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою УМСА.
Дельва М.Ю., к.мед.н., асистент кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою УМСА.
Дельва І.І., к. мед.н., асистент кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою УМСА.
Санік О.В., к. мед.н., доцент кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою УМСА.

Контактна адреса:

Дельва М.Ю., тел.: (0532)67-62-75, моб.: (066) 732-63-85
E-mail: delwa@mail.ru