

Причини смертності у хворих на хронічну ішемію мозку при мультифокальному атеросклерозі

О.А. Росицька

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета дослідження: оцінювання причини смертності у хворих на хронічну ішемію мозку при мультифокальному атеросклерозі.

Матеріали та методи. У дослідження увійшли 137 пацієнтів віком від 40 до 84 років з хронічною ішемією мозку (ХІМ) на тлі мультифокального атеросклерозу, які були розподілені на три клінічні групи залежно від локалізації ураження судинних басейнів стенозуючим атеросклерозом. Був проведений аналіз смертності за 10 років.

Результати. У загальній групі досліджуваних серед причин смертності переважала коморбідна патологія (інфаркт міокарда, ішемічна хвороба серця з гіпертонічною хворобою) – 66,7% випадків (30 із 45 померлих) при $p < 0,01$. Інсульти різних типів становили 20,0% випадків (9 із 45 померлих), а поліморбідна патологія – 13,3% (6 із 45 померлих). Померлих віком від 50 до 60 років було 8,9%, від 60 до 70 років – 22,2% і понад 70 років – 68,9% випадків. Серед причин смертності у всіх клінічних групах коморбідна патологія переважала над інсультами: у I групі – в 16,7% і 3,3% відповідно, у II групі – в 24,1% і 5,7% відповідно, у III групі – в 20,0% випадків коморбідна патологія без інсультів. Смертність у разі хронічного перебігу захворювання становила 47,8%, при ХІМ з транзиторними ішемічними атаками – 13,4%, при ХІМ з одним інсультом в анамнезі – 30,5%, при ХІМ з повторними інсультами в анамнезі – 35,0%. Інсульти серед причин смертності частіше фіксували у групі хворих з ХІМ з перенесеними інсультами повторно.

Заключення. Серед причин смертності у хворих на хронічну ішемію мозку (ХІМ) при мультифокальному атеросклерозі переважала коморбідна патологія як фактор, що модифікується, незалежно від поєднання судинних басейнів, уражених атеросклерозом, і характеру перебігу ХІМ. Інсульти різних типів були на другому місці серед причин смертності у хворих на ХІМ. Серед хворих з різним характером перебігу ХІМ встановлена достовірно висока частота смертності у групі осіб з хронічним перебігом захворювання без гострих епізодів ішемії в анамнезі з високою частотою смертності від коморбідної патології.

Ключові слова: хронічна ішемія мозку, смертність, коморбідність, поліморбідність, фактори ризику.

Causes of mortality in patients with chronic cerebral ischemia in multifocal atherosclerosis

О.А. Rosytska

The objective: to evaluate the causes of death in patients with chronic brain ischemia with multifocal atherosclerosis.

Materials and methods. The study included 137 patients aged 40 to 84 years with chronic brain ischemia (CBI) against the background of multifocal atherosclerosis, which were divided into three clinical groups depending on the localization of vascular pool affection by stenotic atherosclerosis. The causes of death for 10 years were analyzed.

Results. In the general group of investigated causes of death comorbid pathology (myocardial infarction, CHD with hypertensive disease) prevailed – 66,7% of cases (30 among 45 dead) at $p < 0,01$. Strokes of various types amounted to 20,0% of cases (9 among 45 dead) and polymorbid pathology – 13,3% (6 among 45 dead). The age of those who died between 50 and 60 years was 8,9%, between 60 and 70 years old – 22,2% and over 70 years old – 68,9% of cases. Among the causes of death in all clinical groups, comorbid pathology significantly prevailed over stroke: in the first group – in 16,7% and 3,3% respectively, in the second group – in 24,1% and 5,7% respectively, and in the third group – in 20,0% of cases of comorbid pathology without strokes. Mortality rate in chronic course of the disease was 47,8%, in CBI with TIA – 13,4%, in CBI with another stroke in the history – 30,5%, in CBI with repeated strokes in the history – 35,0%. Strokes among the causes of death were more often established in the group of patients with CBI with recurrent strokes.

Conclusions. Comorbid pathology as a modifiable factor, irrespective of the combination of vascular pools affected by atherosclerosis and the nature of the CBI flow, prevailed among the causes of death in patients with CBI in the background of multifocal atherosclerosis. Strokes of various types were the second leading cause of death in patients with CBI. In the analysis of mortality among patients with different types of CBI course was established reliably high its frequency in the group of persons with chronic course of disease without acute episodes of ischemia in the history with high rate of mortality from comorbid pathology.

Key words: chronic brain ischemia, mortality, comorbidity, polymorbidity, risk factors.

Причины смертности у больных хронической ишемией мозга при мультифокальном атеросклерозе

А.А. Росицкая

Цель исследования: оценка причин смертности у больных хронической ишемией мозга при мультифокальном атеросклерозе.

Материалы и методы. В исследование включено 137 больных в возрасте от 40 до 84 лет с хронической ишемией мозга (ХИМ) на фоне мультифокального атеросклероза, которые были распределены на три клинические группы в зависимости от локализации поражения сосудистых бассейнов стенозирующим атеросклерозом. Был проведен анализ причин смертности за 10 лет.

Результаты. В общей группе исследуемых среди причин смертности преобладала коморбидная патология (инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца с гипертонической болезнью) – 66,7% случаев (30 из 45 умерших) при $p < 0,01$. Инсульты различных типов составили 20,0% случаев (9 из 45 умерших), а полиморбидная патология – 13,3% (6 из 45 умерших). Возраст умерших от 50 до 60 лет составил 8,9%, от 60 до 70 лет – 22,2% и старше 70 лет – 68,9% случаев. Среди причин смертности во всех клинических группах значительно преобладала над инсультами коморбидная патология: в I группе – в 16,7% и 3,3% соответственно, во II группе – в 24,1% и 5,7% соответственно, в III группе – в 20,0% случаев коморбидная патология без инсультів. Смертность при хроническом течении заболевания составила 47,8%, при ХИМ с транзитными ишемическими атаками – 13,4%, при ХИМ с одним инсультом в анамнезе – 30,5%, при ХИМ с повторными инсультами в анамнезе – 35,0%. Инсульты среди причин смертности чаще устанавливались в группе больных ХИМ с перенесенными инсультами повторно.

Заключение. Среди причин смертности у больных хронической ишемией мозга (ХИМ) на фоне мультифокального атеросклероза преобладала коморбидная патология как модифицируемый фактор, независимо от сочетания сосудистых бассейнов, пораженных атеросклерозом, и характера течения ХИМ. Инсульты различных типов были на втором месте среди причин смертности у больных с ХИМ. При анализе смертности среди больных с разным характером течения ХИМ установлена достоверно высокая ее частота в группе лиц с хроническим течением заболевания без острых эпизодов ишемий в анамнезе с высокой частотой смертности от коморбидной патологии.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, смертность, коморбидность, полиморбидность, факторы риска.

Загальні патогенетичні механізми судинних захворювань, якість діагностики, профілактики, медичної допомоги впливають на результати та показники структури смертності від загальних цереброваскулярних хвороб (ЦВХ), яка є однією з провідних патологій у структурі загальної смертності у світі. Особливо значне збільшення (>20%) кількості хворих і померлих очікується у країнах з низьким рівнем життя та недостатнім контролем факторів ризику, в яких уже зараз реєструють >70% загальносвітової кількості летальних випадків від інсульту [2, 5].

Згідно з національними рекомендаціями з профілактики серцево-судинних захворювань, заснованих на європейських і американських рекомендаціях 2016–2019 рр., необхідно враховувати вік 20–39 років і оцінювати ризик розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) кожні 4 роки, а у пацієнтів у віці від 40 до 75 років необхідно оцінювати 10-річний ризик розвитку ССЗ [7].

У літературі представлено думку, що ризик – це континуум, оцінювання якого має вікові особливості прогнозування несприятливих наслідків. Тому сьогодні в медичній практиці найбільш раціональною та адаптованою є концепція «віку ризику», згідно з якою вік ризику є показником, розрахунок якого залежить від характеру кардіоваскулярної кінцевої точки – це частота розвитку серцево-судинних подій або частота випадків смерті від них [3].

За даними державної служби статистики України, у 2018 році смертність зростає з віком як при всіх хворобах кровообігу, так і при цереброваскулярних захворюваннях (табл. 1).

Проте з віком підвищується ризик поєднання коморбідної та поліморбідної патології. Встановлено, що в структурі профілю коморбідності у хворих на хронічну ішемію мозку (ХІМ) на тлі мультифокального атеросклерозу 1/3 випадків становив фактор, що не модифікується (вік), а у 2/3 випадків – фактори, що модифікуються [9]. Більшість пацієнтів, особливо похилого та старечого віку, мають поєднану (коморбідну чи/та поліморбідну) патологію:

- ураження головного мозку,
- серцево-судинної системи і нирок,
- метаболічний синдром.

У середньому, при обстеженні пацієнтів похилого і старечого віку виявляють від 4 до 8 провідних захворювань. З віком відзначається збільшення числа пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС), артеріальною гіпертензією (та їхніми ускладненнями – інфаркт міокарда і серцева недостатність), хронічною хворобою нирок, цукровим діабетом (і його ускладненнями – насамперед, діабетичною нефропатією, ретинопатією і полінейропатією), анемічним синдромом. Кожне із захворювань є незалежним чинником ризику смерті у

хворих похилого та старечого віку. Під час аналізу провідних коморбідних станів можна побачити цікаву закономірність – фактори ризику цереброваскулярних захворювань одночасно є і факторами ризику розвитку ССЗ. Часто саме коморбідна патологія погіршує перебіг основного захворювання і/або призводить до його хронізації, інвалідації та передчасної смерті працездатного населення [1, 4, 10].

Отже, вік чи коморбідність та поліморбідність, які зростають з віком, впливають на показники смертності при ЦВХ? Важливий аналіз не тільки основних причин смертності при ССЗ (таких, як інсульт, інфаркт міокарда), але й аналіз факторів ризику, що модифікуються, з поліморбідною патологією, особливо в різних вікових групах, оскільки різні судинні фактори ризику можуть мати більший вплив в різному віці (наприклад, гіпертонія в середньому віці, гіперхолестеринемія у старшому і старечому віці) [8, 11]. Саме поєднання судинних факторів ризику (що модифікуються і не модифікуються) та варіанти комбінацій їх з коморбідною і поліморбідною патологією обумовлюють прогноз різноманітних форм цереброваскулярної хвороби, однією з яких є хронічна ішемія мозку.

Мета дослідження: оцінювання причини смертності у хворих з ХІМ на тлі мультифокального атеросклерозу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження увійшли 137 пацієнтів у віці від 40 до 84 років з ХІМ на тлі мультифокального атеросклерозу. З них 107 (78,1%) осіб чоловічої і 30 (21,9%) – жіночої статі. Середній вік хворих становив 63,6±0,8 року.

Залежно від локалізації ураження судинних басейнів стенозуючим атеросклерозом усі хворі були розподілені на три клінічні групи:

- I група – 30 (21,9%) хворих з ураженням судин мозку, серця і нижніх кінцівок;
- II група – 87 (63,5%) хворих з ураженням судин мозку і серця;
- III група – 20 (14,6%) хворих з ураженням судин мозку і нижніх кінцівок.

Розподіл обстежених хворих залежно від перебігу ХІМ був наступним:

- ХІМ без гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) в анамнезі (23 хворих),
- ХІМ з транзиторними ішемічними атаками (ТІА) в анамнезі (15 хворих),
- ХІМ з одним ГПМК (інфарктом мозку) в анамнезі (59 хворих),
- з повторними ГПМК (інфарктами мозку) в анамнезі (40 хворих).

Таблиця 1

Вікові коефіцієнти смертності за окремими причинами смерті в Україні у 2018 році (на 100 тис. осіб відповідного віку) [6]

Показник	Усього смертей (A00-Y89)	Хвороб системи кровообігу (I00-I99)	З них від	
			ішемічної хвороби серця – ІХС (I20-I25)	цереброваскулярних хвороб (I60-I69)
Усього років	1485,7	1000,8	696,2	182,0
40–44	523,3	141,0	53,1	25,2
45–49	683,4	217,0	99,1	41,0
50–54	943,7	356,4	187,1	72,7
55–59	1314,9	582,4	357,8	115,2
60–64	1920,4	1052,3	745,6	197,4
65–69	2821,9	1770,3	1294,8	353,0
70–74	4043,3	2895,6	2138,3	575,5
75–79	6650,4	5357,6	3954,3	1019,8
80–84	10443,8	8892,5	6329,1	1573,7
85 і старше	19813,3	17057,9	11833,7	2779,3

Характеристика смертності за 10 років у хворих на ХІМ у клінічних групах

Показники смертності	Кількість випадків							
	I клінічна група, n=30		II клінічна група, n=87		III клінічна група, n=20		Усього у загальній групі, n=137	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Смертність усього, у тому числі від:	7	23,3	32	36,8	6	30,0	45	32,8
– ОНМК	1	3,3	5	5,7	-	-	6	4,4
– коморбідної патології	5	16,7	21	24,1	4	20,0	30	21,9
– поліморбідної патології	1	3,3	6	6,9	2	10,0	9	6,6

Примітка: * – $p < 0,01$ по відношенню до інсульту і поліморбідної патології.

Таблиця 3

Характеристика смертності за 10 років у хворих на ХІМ з урахуванням характеру перебігу захворювання

Показники смертності	Кількість випадків									
	ХІМ без ГПМК, n=23		ХІМ з ТІА, n=15		ХІМ з ішемічним інсультом, n=59		ХІМ з повторними інсультами, n=40		Усього у загальній групі, n=137	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Смертність усього, у тому числі від:	11	47,8	2	13,4*	18	30,5	14	35,0	45	32,8
– ОНМК	1	4,4	-	-	2	3,4	3	7,5	6	4,4
– коморбідної патології	8	34,8	1	6,7*	12	20,3	9	22,5	30	21,9
– поліморбідної патології	2	8,7	1	6,7	4	6,8	2	5,0	9	6,6

Примітка: * – $p < 0,05$ порівняно з відповідним показником у групі ХІМ без ГПМК.

Оцінювання неврологічного статусу проводили з виділенням провідних клінічних симптомів та встановленням форми порушення мозкового кровообігу. Характер ураження судин уточнювався за допомогою ультразвукової доплерографії магістральних екстра- та інтракраніальних артерій на апараті HP «SONOS-1000» фірми «Hewlett Packard» (USA), а також селективної церебральної ангиографії (за показаннями). Структурні ураження та їхній ступінь визначали за допомогою МРТ головного мозку на апараті фірми «General Electric» (USA) з напругою магнітного поля 1,5 Тл.

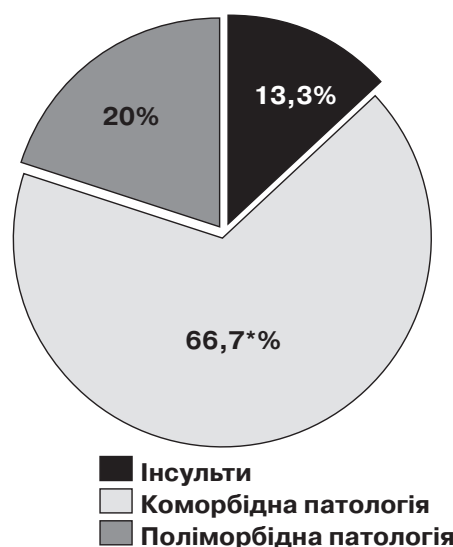
На другому етапі даного дослідження через 10 років у хворих на ХІМ був проведений аналіз структури причин смертності з урахуванням поєднання судинних басейнів, уражених стенозуючим атеросклерозом, та характеру клінічного перебігу захворювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У загальній групі досліджуваних смертність через 10 років становила 32,8% (45 з 137 пацієнтів). Серед причин смертності переважала коморбідна патологія (інфаркт міокарда, ІХС з ГХ) – 66,7% випадків (30 з 45 померлих) при $p < 0,01$ (малюнок). Інсульти різних типів становили 20,0% (9 з 45 померлих), а поліморбідна патологія – 13,3% (6 з 45 померлих). У структурі поліморбідної патології при смертності були встановлені патологія травного тракту, онкологічні захворювання, ДТП, наслідки токсикологічних впливів.

Вік померлих в 8,9% випадків становив від 50 до 60 років, в 22,2% – від 60 до 70 років і в 68,9% – старше 70 років. За гендерною ознакою серед померлих було 91,1% чоловіків (41 з 45 досліджуваних) та 8,9% жінок (4 з 45 досліджуваних).

Аналіз показників смертності хворих на ХІМ у клінічних групах встановив серед її причин значну перевагу коморбідної патології над інсультами незалежно від поєднання судинних басейнів, уражених атеросклерозом (табл. 2). Інсульти



Примітка: * – $p < 0,01$ по відношенню до інсульту і поліморбідної патології.

Структура причин смерті у хворих з ХІМ у загальній групі (n=137)

серед причин смерті у I клінічній групі з атеросклеротичним ураженням судин мозку, серця і нижніх кінцівок встановлювалися з однаковою частотою з поліморбідною патологією (по 3,3% відповідно), тоді як у II групі з атеросклеротичним ураженням судин мозку і серця частота їх була дещо менша, ніж частота поліморбідної патології (5,7% і 6,9% відповідно), а в III клінічній групі з атеросклеротичним ураженням судин мозку і нижніх кінцівок інсульти серед причин смерті не реструвалися.

Під час аналізу показників смертності хворих з урахуванням характеру перебігу ХІМ (табл. 3) встановлено достовірно вищий показник смертності в групі хворих з хронічним перебігом захворювання (47,8%) порівняно з групою хворих, які перенесли ТІА та інсульти в анамнезі ($p < 0,05$). Серед причин смертності при різному характері перебігу захворювання, як і при різному поєднанні судинних басейнів, уражених атеросклерозом, встановлено перевагу коморбідної патології. Відзначалась тільки група хворих з ТІА в анамнезі, де коморбідна і поліморбідна патології зафіксовані серед причин смертності з однаковою частотою (по 1 випадку, за 6,7% відповідно), а інсультів серед них не було. Інсульти серед причин смертності частіше встановлювалися в групі хворих з перенесеними інсультами повторно – у 7,5% випадків.

ВИСНОВКИ

Серед причин смертності у хворих на хронічну ішемію мозку (ХІМ) на тлі мультифокального атеросклерозу переважала коморбідна патологія як фактор, що модифікується, незалежно від поєднання судинних басейнів, уражених атеросклерозом, і характеру перебігу захворювання.

Інсulti різних типів були на другому місці серед причин смертності у хворих з ХІМ.

Встановлено достовірно вищий рівень смертності в групі осіб з хронічним перебігом захворювання без гострих епізодів ішемії в анамнезі з високою частотою смертності від коморбідної патології порівняно з групою хворих, які перенесли ТІА та інсульти в анамнезі ($p < 0,05$).

Сведения об авторе

Росицкая Александра Анатольевна – Кафедра семейной медицины ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», 49044, г. Днепр, ул. Вернадского, 9. E-mail: simed.dnepr@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрагамович О.О., Фаюра О.П., Абрагамович У.О. Коморбідність: сучасний погляд на проблему; класифікація // Львівський клінічний вісник. – 2006. – № 1 (13). – С. 31–39.
2. Зозуля А.І., Слабкий Г.О., Зозуля І.С. Проблеми, які стоять перед дослідниками щодо цереброваскулярних хвороб у цілому та інсульту зокрема. Український медичний часопис. 2014;5(103 – ІХХ):112-120 www.umj.com.ua
3. Наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань».
4. Овсянникова Н.А., Арьев А.Л., Жулев Н.М. Цереброваскулярные заболевания и коморбидные состояния – новое представление проблемы // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2011. – Сер. 11, Вып. 2. – С. 147–154.
5. Самородская И.В., Андреев Е.М. и соавт. Показатели смертности населения старше 50 лет от цереброваскулярных болезней за 15 летний период в России и США // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – № 9 (2). – С. 15–24.
6. Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 2018 рік. Статистичний збірник державної служби статистики України. Київ-2019. www.ukrstat.gov.ua
7. Arnett et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Prevention of Cardiovascular Disease. Journal of the American college of cardiology (JACC) Vol. 74, NO. 10, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.010>
8. Baligh Essam et al. The impact of vascular risk factors multiplicity on severity of carotid atherosclerosis – a retrospective analysis of 1969 Egyptian subjects. World Journal of Cardiovascular Diseases. 2013;3:414-418. <http://dx.doi.org/10.4236/wjcd.2013.36065>
9. Dzyak L.A., Rosytska O.A. Comorbidity profile in chronic brain ischemia on the background of multifocal atherosclerosis. Medicni perspektivi. 2019;24(4):74-83
10. Schafer et al. Multimorbidity patterns and 5-year overall mortality: results from a claims data-based observational study. Journal of Comorbidity. 2018; Volume 8:1–13. DOI: 10.1177/2235042X18816588
11. Wardlaw JoannaM. et al. What are white matter hyperintensities made of? Relevance to vascular cognitive impairment. Journal of the American Heart Association. 2015;4(6):e001140. DOI: 10.1161/JAHA.114.001140

Статья поступила в редакцию 16.02.2020