

ՀՏԴ 616.831-005.1+616.12-008.46

DOI: 10.54503/0514-7484-2025-65.2-127

Գլխուղեղի կաթվածից հետո դեֆիցիտի արտահայտվածությունը քրոնիկական սրտային անբավարարությամբ բուժառուների շրջանում

Վ.Գ. Հակոբջանյան

*Գյումրի ԲԿ, սրտաբանական բաժանմունք
3103, ք. Գյումրի, Գ. Նժդեհի 3/3*

Բանալի բառեր. արտամղման ֆրակցիա, դեֆիցիտ, իշեմիա, կաթված, կարդիոէմբոլիկ, քրոնիկական սրտային անբավարարություն, նախասրտերի շողացող առիթմիա, շաքարային դիաբետ, պերմանենտ, NIHSS

Ներածություն

Նախասրտերի շողացող առիթմիան և սրտային անբավարարությունը ի հայտ են եկել որպես նոր սիրտ-անոթային համաճարակ վերջին տասնամյակում, ավելին՝ տարածվածությունը նախասրտերի շողացող առիթմիայի (ՆՇ) բուժառուների շրջանում սրտային անբավարարությամբ, մեծանում է զուգահեռ հիվանդության ծանրությանը համահունչ, տատանվում է հետևյալ կերպ՝ 5% մեղմ, 10–26% չափավոր բուժառուների մոտ, մինչև 50% բուժառուների մոտ ծանր սրտային անբավարարությամբ [1]: Հինգ իշեմիկ կաթվածից առնվազն մեկը կապված է կարդիոէմբոլիկ աղբյուրի հետ, և կարդիոէմբոլիկ կաթվածը ճանաչվել է որպես կաթվածի ենթատեսակ՝ ամենաբարձր հիվանդացությամբ և մահացության բեռով: Կարդիոէմբոլիկ կաթվածի մակարդակը, որը վերագրվում է ՆՇ-ին, եռապատկվել է վերջին մի քանի տարիների ընթացքում և կանխատեսվում է, որ առաջիկա տասնամյակներում բնակչության ծերացման հետ մեկտեղ կշարունակվի աճել: ՆՇ-ին վերագրվող կաթվածները ոչ միայն ծանր են՝ զգալի հաշմանդամությամբ, այլ նաև ունեն կրկնվելու զգալի ռիսկ [2]: Կաթվածները ունեն չափավորից խիստ կլինիկական զարգացում, և սրանք մեծ պատճառներ են հաշմանդամության և մահացության զարգացած երկրներում: Եթե նորագոյացությունները ներառված չեն, ապա կաթվածները մահացության երկրորդ պատճառն են ամբողջ աշխարհում՝ սրտի իշեմիկ հիվանդությունից հետո [3]: Ըստ որոշ համաճարակաբանական տվյալների՝ 10%–24% կաթվածով բոլոր բուժառուներն ունեն սրտա-

յին անբավարարություն (ՍԱ կամ ՔՍԱ), որը ոչ միայն բարձրացնում է կաթվածի ռիսկը, այլ նաև մահացությունը և հիվանդացությունը կաթվածով բուժառուների շրջանում [3]: Շաքարային դիաբետը ասոցացվում է բարձր սիրտ-անոթային ռիսկի հետ, ներառյալ գլխուղեղի կաթվածը: Շաքարային դիաբետով անձինք ունեն 1,5–2 անգամ կաթվածի բարձր ռիսկ առանց շաքարային դիաբետի համեմատ [4]:

Նյութը և մեթոդները

Այս հետազոտության նպատակն է ցույց տալ գլխուղեղի իշեմիկ, այն է՝ կարդիոէմբոլիկ կաթվածից հետո նյարդաբանական դեֆիցիտի առկայության արտահայտվածությունը ՔՍԱ տարբեր ֆրակցիաներով խմբերում:

Այս հետազոտությունը տևել է 6 ամիս: Հետազոտության մեջ ընդգրկված է եղել շաքարային դիաբետով և նախասրտերի շողացմամբ 60 պացիենտ ≥ 65 տարեկան, որոնցից 30 կին, 30 տղամարդ: Բոլոր բուժառուները ունեցել են սիրտ-անոթային շատ բարձր ռիսկ, պացիենտներն անցել են նվազագույն հետազոտության մեթոդները ԱԸՔ, ԱԿՔ, ՄԸՔ, Էսզ, Էխո սրտագրություն և այլն, իսկ գլխուղեղի իշեմիկ կաթվածը հաստատվել է գլխուղեղի մագնիսառեզոնանսային հետազոտություն (ՄՌՏ): Հետազոտության մասնակիցների կլինիկական բնութագրիչները տե՛ս ստորև աղյուսակում: Առկա էՍԳ և անամնեստիկ տվյալների համաձայն՝ ՆՇ-ն պերմանենտ ձևի է: Պացիենտների մոտ էխոսրտագրական պատկերը հետևյալն է՝ նվազած ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայով և ձախ փորոքի մեղմորեն նվազած արտամղման ֆրակցիայով, ձախ նախասրտի չափը ≥ 40 մմ է, երկու խմբերի համար: Պացիենտների մոտ նյարդաբանական դեֆիցիտը գնահատվել է NIHSS աղյուսակով (աղ.1), որն օգտագործվում է՝ գնահատելու կաթվածի ծանրությունը, ինչպես նաև նյարդաբանական ֆունկցիան և դեֆիցիտը: Աղյուսակի տատանման սահմանը 0–42 միավոր է կազմում՝ < 5 , չկան կաթվածի սիմպտոմներ կամ փոքր կաթված, 5–15՝ չափավոր, 16–20՝ չափավորից ծանր, 21–42՝ խիստ ծանր: Միավորների թիվը 5 պարագայում 80% բուժառուները դուրս են գրվում հիվանդանոցից, 6–13 միավորի պարագայում պահանջվում է վերականգնողական միջամտություն կացիկ պայմաններում, 14 միավորից բարձրի դեպքում պահանջվում է տևական մասնագիտական հոգատարություն: Ըստ ՁՓ արտամղման ֆրակցիայի՝ պացիենտները բաժանվել են երկու խմբի.

1. 2 տիպի շաքարային դիաբետով և պերմանենտ նախասրտերի շողացմամբ բուժառուներ, որոնց ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան $\leq 40\%$ է:

2. 2 տիպի շաքարային դիաբետով և պերմանենտ նախասրտերի շո-
ղացմամբ պացիենտներ, որոնց ձախ փորոքի արտամզման ֆրակցիան
41–49 է:

Աղյուսակ 1

Առողջապահության ազգային ինստիտուտի կաթվածի սանդղակ
առավելագույնը (=42) NIHSS

Արձագանք	միավոր
Գիտակցական մակարդակ	
1. Չգոն	0
2. Քնկոտ	1
3. Ստուպոռ	2
4. Կոմա	3

Արձագանք	միավոր
Չեղբերի շարժ աջ և ձախ	
1. Ոչ մի շարժ	0
2. Շեղվում է մինչև 10 վրկ.	1
3. Ընկնում է մինչև 10 վրկ.	2
4. Ոչ մի ջանք ընդդեմ ձգողականության	3
5 Ոչ մի շարժ	4

Արձագանքման մակարդակ	միավոր
Գիտակցական հարցեր	
1. Երկուսն էլ ճիշտ է պատասխանում	0
2. Ճիշտ է պատասխանում մեկին	1
3. Ոչ մեկին ճիշտ չի պատասխանում	2

Ոտքերի շարժ /ձախ, աջ/	միավոր
1. Ոչ մի շեղում	0
2. Շեղվում է մինչև 5-10 վրկ.	1
3. Ընկնում է մինչև 10 վրկ.	2
4. Ոչ մի ջանք ընդդեմ ձգողականության	3
5. Ոչ մի շարժ	4

Արձագանքման մակարդակ ըստ գիտակցական մակարդակի	միավոր
1. Ճիշտ է ենթարկվում երկուսին	0
2. Ճիշտ է ենթարկվում մեկին	1
3. Ոչ մեկին ճիշտ չի ենթարկվում	2

Ատաքսիա	միավոր
1. Բացակայում է	0
2. Մեկ վերջույթ	1
3. Երկու վերջույթներ	2

Արձագանքման արձագանք	միավոր
1. Երկուսն էլ ճեակտիվ են	1
2. Մեկը ճեակտիվ	2
3. Ոչ մեկը	3

Չգայական	միավոր
1. Նորմալ	0
2. Մեղմ	1
3. Ծանր	2

Հայացք	միավոր
1. Նորմալ	0
2. Մասնակի հայացքի կաթված	1
3. Ընդհանուր հայացքի կաթված	2

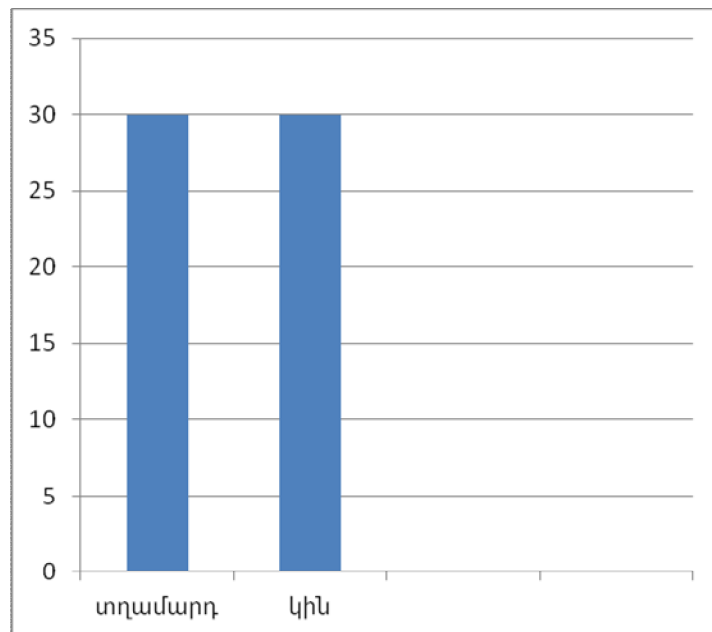
Խոսք	միավոր
1. Նորմալ	0
2. Զամբակալ աֆազիա	1
3. Խիստ աֆազիա	2
4. Համր կամ գլորալ աֆազիա	3

Տեսողական դաշտ	միավոր
1. Տեսողական կորուստ չկա	0
2. Մասնակի հեմիանոփիա	1
3. Ամբողջական հեմիանոփիա	2
4. Երկկողմնի հեմիանոփիա	3

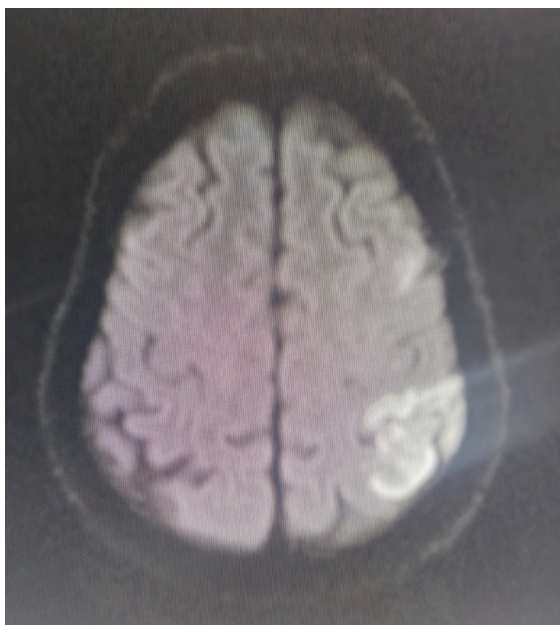
Դեմքի կաթված	միավոր
1. Նորմալ	0
2. Փոքր կաթված	1
3. Մասնակի կաթված	2
4. Ամբողջական կաթված	3

Դիզաբրքիա	միավոր
1. Նորմալ	0
2. Մեղմ	1
3. Ծանր	2

Անուշադրություն	միավոր
1. Նորմալ	0
2. Մեղմ	1
3. Ծանր	2

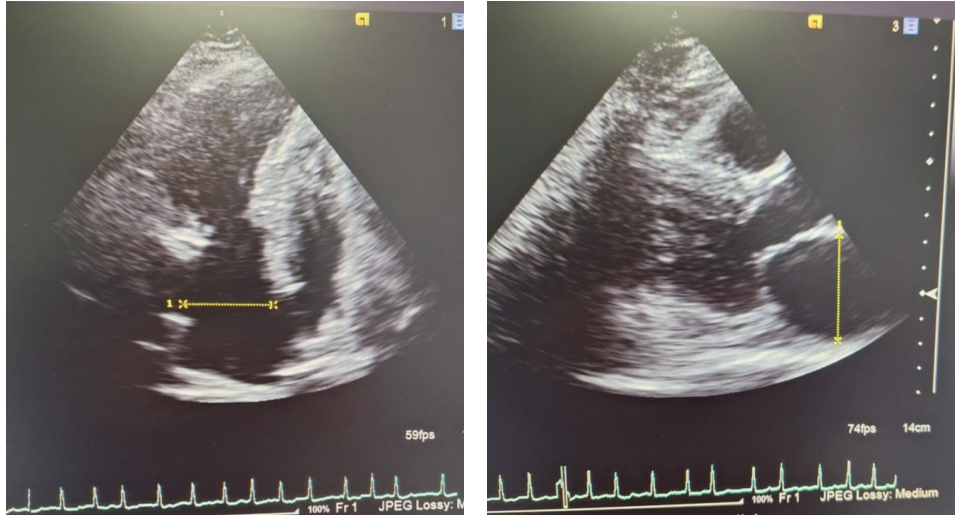


Նկ. 1. Ընդգրկված բուժառուների թիվն է կին տղամարդ հարաբերակցությամբ



Նկ. 2. Հետազոտության մեջ
ընդգրկված բուժառուի
էխոսրտագրական պատկերը

Բուժառուի մոտ հայտնաբերվել է ՆՇ պերմանենտ գլխուղեղի իշեմիկ կաթված, այն է՝ կարդիոհեմբոլիկ ծագման, կեղևային տեղակայության: Էխոսրտագրական պատկերը՝ ստորև:



Նկ. 3. Բուժառուի էխոսրտագրական պատկերն է լայնացած(դիլատացված) ձախ նախասրտով

Աղյուսակ 2

Կլինիկական բնութագրիչներ	Նկարագրություն
Կին/տղամարդ	30/30
տարիք	≥65
ՍԶՀ ՆՇ	≤110
Զ/Գ	≥140/90մմ.ս.ս
ՇՆ/Գլյուկոզա/	≥5տարի
Ծխողներ(տղամարդ)	25/35
Կաթվածի տեղակայությունը	կորտիկալ
Ըստ Գլազգո սանդղակի	
NIHSS	15
Էխոսգ	5-6
	ԱՖ ≤40%
ԶՆ չափ	ԱՖ 41-49%
	≥ 40մմ

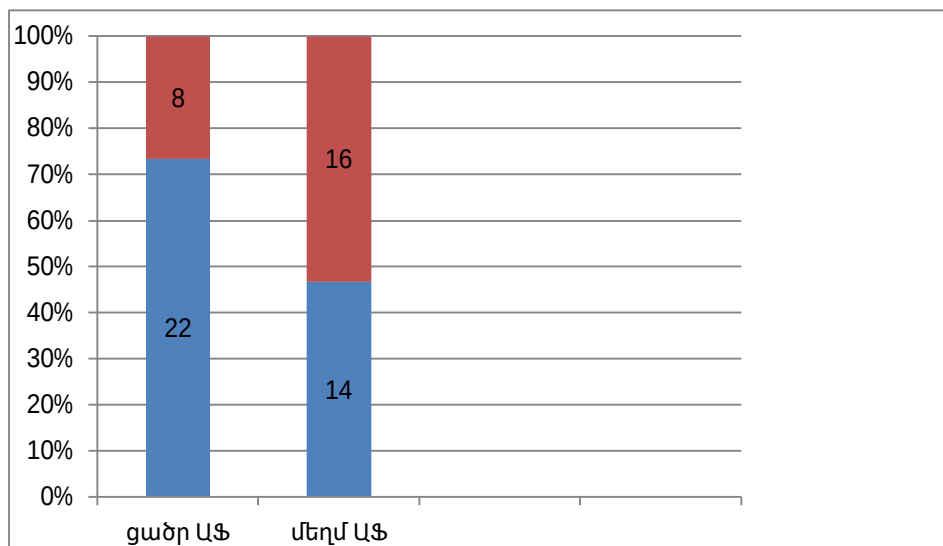
Արդյունքները և քննարկումը

Բուժառույթների մոտ գնահատվել է իշեմիկ կաթվածի ծանրությունը՝ ըստ NIHSS սանդղակի: 6 ամիս անց դինամիկ քննությանը հայտնաբերվել են հետևյալ արդյունքները:

22 բուժառույթների մոտ (4 կին, 18 տղամարդ NIHSS 6) ≤ 40 % ԱՖ խմբում, գլխուղեղի կաթվածից հետո մնացած նյարդաբանական դեֆիցիտը ավելի խիստ է արտահայտված, 8 պացիենտի մոտ դեֆիցիտը մեղմ է արտահայտված եղել:

Բուժառույթների հաջորդ խումբը, որը ներառում է 41–49%, ԱՖ գլխուղեղի կաթվածից հետո մնացած նյարդաբանական դեֆիցիտը ավելի խիստ արտահայտված է եղել 14 բուժառույթի մոտ, 16 բուժառույթների խմբում մեղմ է արտահայտված (NIHSS ≤ 5), (նկ. 4):

(RR-1,5714, CI 95%-1,0129-2,4381, P=0,04):



Նկ. 4. Արդյունքների ամփոփման պատկեր

Եզրակացություն

Այս հետազոտությամբ գնահատել և համեմատել ենք դեֆիցիտի առկայությունը քրոնիկական սրտային անբավարարությամբ պացիենտների մոտ՝ ելնելով արտամղման ֆրակցիայից, մասնավորապես շեշ-

տադրվել է ցածր ԱՖ բուժառուների խումբը: Վերլուծությամբ պարզ է, որ ցածր ԱՖ պացիենտների խմբում դեֆիցիտի առկայությունն ավելի արտահայտված է եղել:

Ընդունված է 19.02.25

Проявление постинсультного дефицита у больных хронической сердечной недостаточностью

В.Г. Акобджанян

В исследование были включены 60 пациентов: 30 женщин и 30 мужчин. Всем пациентам была проведена МРТ головного мозга, ЭхоКГ, ОАК, ОАМ, БАК, ЭКГ. Пациенты были разделены на 2 группы:

1. ФВ <40;
2. ФВ 41-49. У всех пациентов был ФП (перманент), СД 2, ишемический инсульт кардиоэмболического генеза.

Цель данного исследования – показать, что неврологический дефицит сохраняется дольше у пациентов с низкой ФВ, чем у пациентов с умеренной ФВ. (RR-1,5714, CI 95%-1,0129-2,4381, p=0,04):

Manifestation of Post-Stroke Deficit in Patients with Chronic Heart Failure

V.G. Hakobjanyan

This study lasted 6 months. The study included 60 patients ≥ 65 years of age, 30 women and 30 men. All patients underwent magnetic resonance imaging (MRI) of the brain, which confirmed ischemic stroke, echocardiography, TBC.

Blood chemistry tests, total urine analysis, ECG. The neurological deficit in patients was assessed using the NIHSS table. The echocardiographic picture in patients was as follows: left atrial size ≥ 40 mm, mitral regurgitation II, for both groups. Patients were divided into two groups:

1. Type 2 diabetes, AF, permanent, systolic heart failure with an ejection fraction of < 40.
2. Type 2 diabetes, AF, permanent, cardiac failure with a mean ejection fraction of 41-49.

Conclusion: the aim of the study was to assess and compare the presence of deficit in patients with chronic heart failure based on ejection fraction, with a particular emphasis on the group of patients with low EF. The analysis shows that the presence of deficit was more pronounced in the group of patients with low EF (RR-1,5714, CI 95%-1,0129-2,4381, p=0,04).

Գրականություն

1. *Aristeidis H. Katsanos , MD Hooman Kamel , MD Jeff S. Healey, MD Robert G. Hart, MD* Circulation, 2020, 142:2371–2388. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.049768.
2. Atrial Fibrillation and Heart Failure Treatment Considerations for a Dual Epidemic Elad Anter, MD; Mariell Jessup, MD; David J. Callans, MD (Circulation. 2009;119:2516-2525.) © 2009 American Heart Association, Inc.
3. Diabetes and Stroke: What Are the Connections? Ofri Mosenzon,a,b Alice Y.Y. Cheng,c Alejandro A. Rabinstein,d Simona Saccoe a Diabetes Unit, Department of Endocrinology and Metabolism, Hadassah Medical Center, Jerusalem, Israel b Faculty of Medicine, Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem, Israel c Department of Medicine, Division of Endocrinology and Metabolism, University of Toronto, Toronto, ON, Canada d Division of Neurology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA e Department of Biotechnological and Applied Clinical Sciences, University of L'Aquila, L'Aquila, Italy.
4. The Role of Ejection Fraction to Clinical Outcome of Acute Ischemic Stroke Patients Fidha Rahmayani, Paryono, Ismail Setyopranoto Department of Neurology, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada/ Dr. Sardjito Hospital, Yogyakarta, Indonesia.