Кардиоэмболический инсульт и его течение у больных с патологией сердца

Р.А. Рахмонов, М.О. Исрофилов
Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе представлены результаты исследования 60 пациентов с ишемическим инсультом в острой фазе заболевания: 35 человек с патологией сердца и 25 – без сопутствующей кардиальной патологии.

В ходе сравнительного анализа было установлено, что у больных с патологией сердца восстановление поражённых функций протекало более медленно и в меньшем объёме. Кроме того, отмечена положительная корреляция между возрастом, частотой кардиоэмболического инсульта, нарушением сердечного ритма и преимущественной локализацией в бассейне левой средней мозговой артерии.

Ключевые слова: кардиоэмболический инсульт, ишемический инсульт, бассейн левой средней мозговой артерии

Актуальность. Заболевания сосудов головного мозга являются одной из наиболее распространённых форм патологии среди населения всего мира. В течение последних десятилетий число больных сосудистыми заболеваниями головного мозга имеет тенденцию к постоянному росту [1-3].

Установлено многообразие этиологических и патогенетических механизмов развития инсульта и его гетерогенность. Согласно современным классификациям, в частности Stroke Subtype Classification System (1993), различают три основных этиопатогенетических варианта (подтипа) ишемического инсульта (ИИ): кардиоэмболический инсульт (КЭИ), атеротромботический инсульт (церебральная макроангиопатия) и лакунарный инсульт (церебральная микроангиопатия).

Существует целый ряд более редких подтипов ишемического инсульта, но их суммарная частота встречаемости менее 5%. Среди них кардиоэмболический инсульт (КЭИ) считается одной из актуальных проблем в кардионеврологии и, по оценке разных авторов, составляет около 18-20% от общего числа инсультов. Кардиоэмболический инсульт протекает более тяжело и чаще приводит к летальному исходу по сравнению с атеротромботическими и лакунарными формами [1]. Среди причин возникновения КЭИ лидирующее место занимает пароксизмальная фибрилляция предсердий, заметно опережая постинфарктные изменения, ревматические пороки и постоянную фибрилляцию предсердий [2].

Таким образом, выявление особенностей возникновения и течения ишемического инсульта у больных с различными типами патологии сердца, прежде всего нарушениями ритма, играет определённую роль в прогнозе и тактике лечения этого заболевания.

Цель исследования. Определить тяжесть течения кардиоэмболического инсульта в зависимости от локализации ишемического поражения и вида сопутствующей кардиальной патологии по сравнению с другими подтипами ишемического инсульта без патологии сердца.

Материал и методы. В исследование были включены 60 больных, поступивших в неврологическое отделение НМЦ РТ в острой стадии ишемического инсульта. Из них 33(55%) женщины и 27 (45%) мужчин. Возраст пациентов варьировал от 48 до 80 лет и в среднем составил 67 лет.

Обследуемые больные были разделены на две группы. В I группу вошли пациенты с КЭИ – 35 (58,3%) человек, с сопутствующими патологиями сердца, такими как ИБС, мерцательная аритмия и ревматическое поражение клапанов сердца, средний возраст которых составил 68,9 лет. Во II (контрольную) группу были включены 25 (41,7%) больных с ИИ без сопутствующей кардиальной патологии, в том числе с повторным нарушением мозгового кровообращения.

Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, включающее в себя сбор анамнеза с учётом факторов риска возникновения инсульта; учёт времени появления и динамики первых симптомов заболевания. Объективную оценку определения степени тяжести инсульта по шкале инсульта National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) провели на 1, 3 и 10 сутки заболевания. Степень тяжести неврологического дефицита считалась лёгкой при

РЕТРАКТЕД

RETRACTED

сумме баллов от 3 до 8, умеренной – при сумме от 9 до 12, выраженной – более 12 баллов. Проводилось кардиологическое обследование: динамика ЭКГ на 1, 3 и 10 сутки инсульта, эхокардиография, осмотр кардиолога.

Критерием постановки диагноза ишемического инсульта служило, согласно рекомендациям ВОЗ, внезапное появление очаговой неврологической или общемозговой симптоматики, которая сохраняется дольше 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий период времени [3]. Всем больным проведены МРТ или КТ головного мозга.

Критериями постановки диагноза кардиоэмболического инсульта служили особенности начала заболевания (внезапное появление максимально выраженного неврологического дефицита в дебюте заболевания, сопутствующая кардиальная патология с высоким риском эмбологенных осложнений, отсутствие стенозирующего процесса в интра- и экстракраниальных артериях) [5].

Результаты и их обсуждение. Половозрастная и клиническая характеристика больных с ишемическим инсультом в сочетании с кардиальной патологией (I группа) и прочими ишемическими инсультами (II группа) представлена в таблице. Средний возраст больных II группы был ниже по сравнению с пациентами I группы и составил 63,4 года.

Существенных различий по половому составу в обеих группах не наблюдалось и соответственно: мужчин – 19 (54,2%), женщин – 16 (45,8%); во II группе: мужчин – 12 (48%), женщин – 13 (52%).

ТАБЛИЦА. ПОЛОВОЗРАСТНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДУЕМЫХ БОЛЬНЫХ

Характеристика больных	I группа	II группа
Количество больных	35 человек	25 человек
Средний возраст, лет	68,9	63
Мужчины (%)	19 (54,2)	12 (48)
Женщины (%)	16 (45,7)	13 (52)
Локализация сосудистого поражения, бассейны (%)		
ЛСМА	21 (60)	7 (28)
ПСМА	9 (25,7)	12 (48)
ВБС	5 (14,3)	6 (24)

Примечание: *ЛСМА – левая средняя мозговая артерия; ПСМА – правая средняя мозговая артерия; ВБС – вертебробазилярная система*

По динамике степени тяжести ИИ по шкале NIHSS в 1 сутки заболевания имелись достоверные различия ($p<0,05$) между группами. В I группе пациентов в острейшей фазе инсульта наблюдался более выраженный неврологический дефицит – 12 баллов по сравнению с показателями во II группе – 9 баллов. А у пациентов с кардиальной патологией сохранялась выраженная степень неврологического дефицита: на 3 сутки – 9 баллов, на 10 сутки – 7 баллов. У пациентов с ИИ без кардиальной патологии в последующие сутки неврологический дефицит был менее выражен и составлял на 3 сутки 7 баллов, на 10 сутки – 5-3 балла (рис.1).

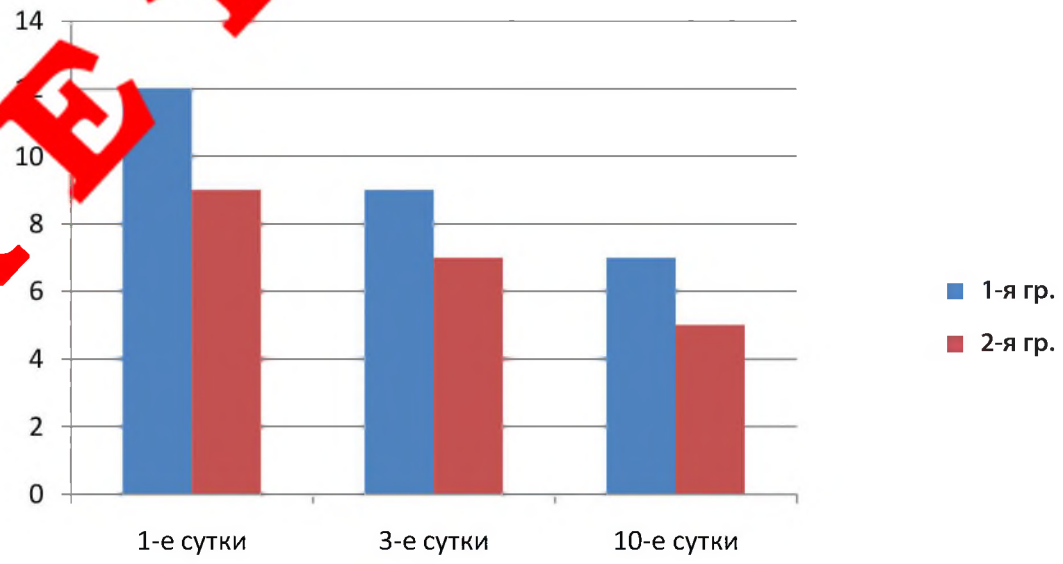

РИС. 1. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ИНСУЛЬТА ПО ШКАЛЕ NIHSS

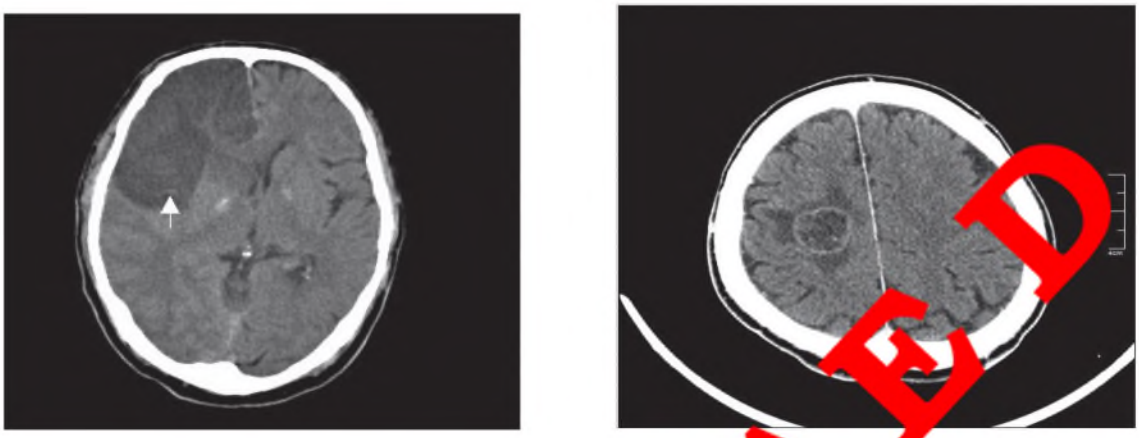

РИС. 2. ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В БАССЕЙНЕ ПРАВОЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

RETRACTED

У пациентов I группы в 1 сутки от начала заболевания выявлена зависимость степени тяжести инсульта от локализации ишемического поражения (рис.2). Максимально выраженный неврологический дефицит зарегистрирован в бассейне ЛСМА и составлял в среднем 11 баллов, в бассейне ПСМА – 9, в ВБС – 5 баллов.

Во II группе пациентов, так же как и в I, наибо[illegible] выраженная степень тяжести инсульта проявл[illegible] в бассейне ЛСМА и составила в среднем 11 балл[illegible] На 2-е место, в отличие от I группы, без существенн[illegible] разницы между собой вышли ВБС[illegible] балла и ПСМА – 6,2 балла. При оценке размер[illegible] очага поражения с помощью методов нейровизу[illegible] достоверных различий между двумя группами [illegible]найдено, они составили в I группе 6,6 см, во II – 6,[illegible] см.

По мере увеличен[illegible]раста больного вероятность возникновения К[illegible] во[illegible]стает, так как средний возраст больных состави[illegible] среднем 68,9 года, что превышало возраст больных в контрольной группе в среднем [illegible]5 года.

Вмес[illegible]ено, что степень тяжести КЭИ в 1 сутки и по[illegible]щие стадии существенно выше, чем инсультов б[illegible] кардиальной патологии, что объясн[illegible]ется патогенетическим влиянием сопутствующей [illegible]рдиальной патологии на регуляцию мозгового [illegible]обращения. Развитие кардиальных аритмий и [illegible]дестабилизация коронарной патологии при инсуль[illegible] в условиях нарушенной ауторегуляции мозгового кровотока может негативно влиять на репаративные процессы в зоне церебральной ишемии [3].

Таким образом, полученные результаты показывают положительную корреляцию между возрастом, частотой кардиоэмболического инсульта, нарушением сердечного ритм[illegible] преимущественной локализацией в бассейне левой средней мозговой артерии. В [illegible] очередь, наиболее частая локализация ишемического [illegible]чага в бассейне ЛСМА и наличие нарушения сер[illegible]ечной деятельности, являются неблагоприятными факторами и сопряжены с формированием более грубого неврологического дефицита как в начальной, так и последующих стадиях инсульта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Суслина З.А. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Патогенетические механизмы. Профилактика / З.А.Суслина, Ю.Я.Варакин, Н.В.Верещагин //- М.: МЕДпресс-информ. - 2009. - 352 с.
2. Фонякин А.В. Особенности кардиальной патологии при различных патологических подтипах ишемического инсульта / А.В.Фонякин, Л.А.Гераскина, З.А.Суслина // Неврологический журнал. - 2001.- № 5. - С. 12-15
3. Фонякин А.В. Нарушение ритма сердца у больных ишемическим инсультом в зависимости от размера очагового поражения мозга / А.В.Фонякин, Л.А.Гераскина, Е.С.Трунова // Материалы IV Всероссийской конференции по профилактической кардиологии. - Тюмень. - 2006. - С. 82-83.
4. Dhamoon M.S. Risk of myocardial infarction or vascular death after first ischemic stroke / M.S.Dhamoon, W.Tai, B. Boden-Albala [et al.] // Stroke. - 2007. - Vol. 38.-P.1752-1758.
5. Fihn S.D. Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease / S.D.Fihn, J.M.Cardin, J.Abrams [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. - 2012.-Vol.60, № 24. - P. e44–e164.

Summary

RETRACTED

Cardioembolic stroke and its course in patients with heart disease

R.A. Rakhmonov, M.O. Isrofilov
Chair of Neurology and Bases of Medical Genetics Avicenna TSMU

The paper presents the results of study 60 patients with ischemic stroke in the acute phase of disease: 35 patient with heart disease and 25 - without concomitant cardiac pathology.

During comparative analysis was found that in patients with heart disease restoration of affected functions proceeded more slowly and to a lesser extent. In addition, a positive correlation between age and frequency of cardioembolic stroke, irregular heartbeat, and preferentially localization in left middle cerebral arterycirculation are noted.

Key words: cardioembolic stroke, ischemic stroke, the left middle cerebral artery circulation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Рахмонов Рахматулло Азизович – заведующий кафедрой неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59
E-mail: Rakhmonov-r@mail.ru