

Клинические особенности течения кардиоэмболического инсульта у больных с кардиальной патологией

Куряченко Ю.Т., Олексюк Н.В.

Clinical peculiarities in the course of cardioembolic stroke in patients with cardiac pathology

Kuryachenko Yu.T., Oleksyuk N.V.

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск
Новосибирская городская клиническая больница № 34, г. Новосибирск

© Куряченко Ю.Т., Олексюк Н.В.

Выявление особенностей течения ишемического инсульта у больных с различными типами кардиальной патологии, прежде всего с нарушениями ритма, может играть определенную роль в прогнозе и тактике лечения этого заболевания. Проведен сравнительный анализ клинических особенностей течения кардиоэмболического инсульта в зависимости от локализации ишемического поражения и вида сопутствующей кардиальной патологии. Обследован 61 пациент с определением степени тяжести инсульта по Американской шкале (NIH-NINDS) на 1-е, 3-и и 10-е сут заболевания. Выявлена положительная корреляция между возрастом и частотой кардиоэмболического инсульта, нарушениями сердечного ритма и преимущественной локализацией очага в бассейне левой средней мозговой артерии. Постоянная форма мерцания предсердий является прогностически наиболее неблагоприятным фактором и сопряжена с формированием более грубого неврологического дефицита.

Revealing the particularities of the ischemic stroke course in patients with different types of cardiac pathology, with disturbances of the rhythm first of all, can play the certain role in forecast and tactic of the treatment of this disease. Analysis of the clinical particularities of the cardioembolic stroke course, depending on infarction localizations and type accompanying heart pathology was made. Examination of 61 patients, with determination degree of stroke gravity using American Scale (NIH-NINDS) on 1-st, 3-d and 10-th day of the disease was performed. The positive correlation was revealed between patients age and cardioembolic stroke frequency, cardiac rhythm disturbances and primary localization of the ischemia in pool of the left middle cerebral artery. The permanent form of the precordial twinkling is the most disadvantage prognosis factor and associated with forming the more severe neurological deficit.

Введение

В настоящее время значительно расширены и углублены представления о тесной взаимосвязи между кардиальной и церебральной патологией, возникающей на фоне различных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Становится очевидным, что полноценное исследование кардиального статуса пациента, перенесшего инсульт либо страдающего хроническими видами сосудистой мозговой патологии, является настоящей необходимостью [2].

Проблема кардиоэмболического инсульта (КЭИ) считается одной из актуальных в кардио-

неврологии 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 атеротромботическим и лакунарными подтипами [5]. Критерии постановки диагноза КЭИ в связи с внедрением новых ультразвуковых методов исследования изменились. Одним из основных критериев стали считать наличие потенциального эмболического источника в сердце при отсутствии признаков стенозирующего поражения экстра-, интракраниальных артерий или иных этиологических факторов [2].

Среди причин возникновения КЭИ лидирующее место занимает пароксизмальная фибрилляция предсердий, заметно опережая постинфарктные изменения, ревматические пороки и постоянную фибрилляцию предсердий. Однако установлено, что среди больных, перенесших инсульт, более высокая смертность определяется при постоянной форме мерцательной аритмии [1].

Таким образом, выявление особенностей течения ишемического инсульта (ИИ) у больных с различными типами кардиальной патологии, прежде всего с нарушениями ритма, может играть определенную роль в прогнозе и тактике лечения этого заболевания.

Цель настоящего исследования — сравнительный анализ клинических особенностей течения кардиоэмболического инсульта в зависимости от локализации ишемического поражения и вида сопутствующей кардиальной патологии.

Материал и методы

В исследование был включен 61 больной, поступивший в неврологическое отделение городской клинической больницы № 34 г. Новосибирска за период с ноября 2007 г. по май 2008 г. в острую стадию ишемического инсульта. Из них 32 (52,5%) женщины и 29 (47,5%) мужчин. Возраст пациентов варьировал от 38 до 89 лет и в среднем составил 73,9 года.

Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, включающее в себя сбор анамнеза с учетом факторов риска возникновения инсульта; учет времени появления и динамику первых симптомов заболевания; объективную оценку степени нарушения сознания по шкале Глазго; определение степени тяжести инсульта по Американской шкале (NIH-NINDS) на 1-е, 3-и и 10-е сут заболевания. Степень тяжести неврологического дефицита считалась легкой при сумме баллов менее 3, умеренной при сумме от 3 до 8, выраженной — более 9 баллов. Проводилось кардиологическое обследование: динамика ЭКГ на 1-е, 3-и, 10-е сут инсульта, эхокардиография, осмотр кардиолога; ультразвуковая транскраниальная

доплерография. Критерием постановки диагноза ишемического инсульта служило, согласно рекомендациям ВОЗ, внезапное (в течение минут, часов) появление очаговой неврологической или общемозговой симптоматики, которая сохраняется больше 24 ч или приводит к смерти больного в более короткий период времени. Всем больным проведены МРТ или КТ головного мозга (мультиспиральный компьютерный томограф «Siemens Somatom Emotion 16») на 1–2-е сут заболевания. Критерием 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-, экстракраниальных артериях [2] (критерий, учтенный только в ряде случаев из-за ограниченного использования транскраниальной доплерографии как обязательного метода исследования)).

Результаты и обсуждение

В 1-ю группу (табл. 1) вошли пациенты с КЭИ — 35 (57,3%) человек, средний возраст составил $(71,9 \pm 9,4)$ года ($p < 0,104$). Во 2-ю (контрольную) — 26 (42,7%) человек — больные с ИИ без сопутствующей кардиальной патологии, в том числе с повторным нарушением мозгового кровообращения (11 человек, 42,3%). Средний возраст больных 2-й группы был ниже по сравнению с 1-й и составил $(67,6 \pm 10,8)$ года.

Таблица 1
Клиническая характеристика больных с ишемическим инсультом в сочетании с кардиальной патологией (1-я группа) и прочими ишемическими инсультами (2-я группа)

Характеристика признака	1-я группа (35 человек)	2-я группа (26 человек)
Средний возраст, лет	$71,9 \pm 9,4$	$67,6 \pm 10,8$
Пол:		
мужчины, абс. (%)	16 (45,7)	13 (50)
женщины, абс. (%)	19 (54,3)	13 (50)
Локализация сосудистого поражения, бассейны, абс. (%):		
ЛСМА	16 (45,7)	7 (26,9)
ПСМА	13 (37,2)	13 (50)
ВББ	6 (17,1)	6 (23,1)

Материалы 5-й Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии»

Степень тяжести инсульта по шкале NIH-NINDS, балл:		
1-е сут	10,17 ± 4,6*	7,9 ± 3,8*
3-и сут	9,8 ± 4,9*	7,5 ± 3,6*
10-е сут	9,0 ± 4,7 *	6,8 ± 3,9*

Примечание. Здесь и далее: ЛСМА – левая средняя мозговая артерия; ПСМА – правая средняя мозговая артерия; ВББ – вертебробазилярный бассейн.

* $p < 0,05$ при сравнении показателей между группами.

Существенных различий по половому составу в обеих группах не наблюдалось и составило в 1-й группе: мужчин – 16 (45,7%), женщин – 19 (54,3%); 2-я группа: мужчин – 13 (50%), женщин – 13 (50%). Из кардиальной патологии рассматривались случаи с ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения – 6 (17,2%) человек; больные с мерцательной аритмией – 29 (82,8%): постоянная форма мерцательной аритмии – у 19 (65,5%) больных, из них 2 случая с ревматическим пороком сердца; пароксизмальная форма – у 10 (34,5%).

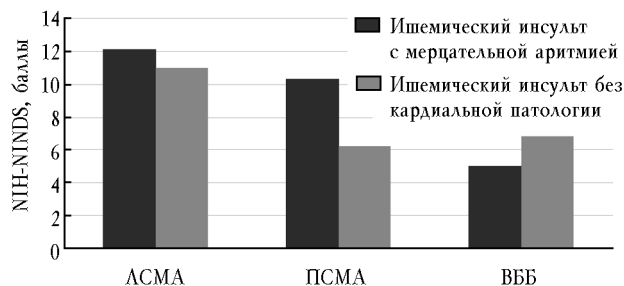
В проведенном исследовании достоверных различий по локализации ишемического очага в обеих группах не выявлено. В группе больных с кардиальной патологией локализация ишемического поражения наблюдалась в бассейне ЛСМА у 16 (45,7%) человек, во 2-й группе в бассейне ПСМА у 13 (50%) человек.

По оценке степени тяжести ИИ в 1-е сут заболевания имелись достоверные различия ($p < 0,05$) между группами. В 1-й группе пациентов в острейшую фазу инсульта наблюдался более выраженный неврологический дефицит – (10,1 ± 4,6) балла по сравнению со 2-й – (7,9 ± 3,8) балла. На 3-и ((9,8 ± 4,9) балла) и

10-е сут ((9,0 ± 4,7) балла) у пациентов с кардиальной патологией сохранялась выраженная степень неврологического дефицита. У пациентов с ИИ без кардиальной патологии в последующие сутки неврологический дефицит имел умеренную степень выраженности и составлял на 3-и сут (7,5 ± 3,6) балла, на 10-е – (6,8 ± 3,9) балла.

У пациентов 1-й группы с мерцательной аритмией в 1-е сут от начала заболевания выявлена зависимость степени тяжести инсульта от локализации ишемического поражения. Максимально выраженный неврологический дефицит зарегистрирован в бассейне ЛСМА и составлял в среднем (12,12 ± 4,7) балла, в бассейне ПСМА – (10,3 ± 4,6), в ВББ – 5,0 балла ($p < 0,05$) (рисунок).

симально выраженный неврологический дефицит зарегистрирован в бассейне ЛСМА и составлял в среднем (12,12 ± 4,7) балла, в бассейне ПСМА – (10,3 ± 4,6), в ВББ – 5,0 балла ($p < 0,05$) (рисунок).



Степень выраженности неврологического дефицита у больных обеих групп в зависимости от локализации ишемического поражения

Во 2-й группе пациентов, так же как и в 1-й, наиболее выраженная степень тяжести инсульта проявилась в бассейне ЛСМА и составила в среднем (11,0 ± 4,7) балла ($p = 0,01$); на 2-е место в отличие от 1-й группы без существенной разницы между собой вышли ВББ – (6,8 ± 2,8) балла и ПСМА – (6,2 ± 3,4) балла. При оценке размеров очага поражения с помощью методов нейровизуализации достоверных различий между двумя группами не найдено, они составили в 1-й группе (6,6 ± 1,9) см, во 2-й – (6,1 ± 3,8) см ($p = 0,76$).

Таблица 2

Оценка степени тяжести течения инсульта по шкале NIH-NINDS у пациентов с различной кардиальной патологией в острейший период инсульта, абс. (%)

Вид кардиальной патологии	Степень тяжести инсульта		
	Менее 3 баллов	3–8 баллов	Более 9 баллов
Пароксизмальная форма мерцательной аритмии	1 (10,0)	4 (40,0)	5 (50,0)
Постоянная форма мерцательной аритмии	–	8 (43,1)	11 (57,9)
ИБС, стенокардия напряжения	–	3 (50,0)	3 (50,0)

Из приведенных данных (табл. 2) видно, что по степени тяжести течения инсульта постоянная форма мерцательной аритмии превышает по своим значениям на 7,9% другие виды кардиальной патологии. Таким образом, этот

вид аритмии является прогностически более неблагоприятным в течении кардиоэмболического инсульта.

При анализе результатов настоящего исследования выявлено, что по мере увеличения возраста больного вероятность возникновения КЭИ возрастает, так как средний возраст больных составил в среднем 71,9 года, что превышало возраст контрольной группы в среднем на 5 лет.

Достоверно ($p < 0,05$) выявлено, что ЛСМА при кардиоэмболическом инсульте поражается чаще, чем у больных без кардиальной патологии. Это можно объяснить различными патогенетическими вариантами возникновения кардиоэмболического инсульта. Ряд авторов отмечают, что ЛСМА в равной степени эмболизируется как мелкими, так и крупными эмболическими фрагментами, поэтому очаговое поражение в ее бассейне формируется относительно чаще, в то время как ПСМА эмболизируется небольшими эмболическими частицами [4]. Вероятно, это объясняет наличие более выраженного неврологического дефицита при локализации ишемии в этом бассейне, однако существенных различий в размерах ишемического очага между бассейнами средних мозговых артерий левой и правой сторон не выявлено.

Вместе с тем отмечено, что степень тяжести КЭИ в 1-е сут и последующие стадии существенно выше, чем инсультов без кардиальной патологии, что также объясняется патогенетическим влиянием сопутствующей кардиальной патологии на регуляцию мозгового кровообращения. Развитие кардиальных аритмий и дестабилизация коронарной патологии при инсульте в условиях нарушенной ауторегуляции мозгового кровотока может негативно влиять на репаративные процессы в зоне церебральной ишемии [2].

В проведенном исследовании при сравнительном анализе кардиальной патологии наиболее тяжелое течение заболевания наблюдалось

у больных с постоянной формой мерцательной аритмии, хотя позиция пароксизмальной формы фибрилляции предсердий в возникновении кардиоэмболического инсульта лидирующая [5]. Очевидно, что среди имеющегося многообразия нарушений сердечного ритма только при фибрилляции предсердий создаются условия для тромбообразования в полости левого предсердия, связанные со сверхчастым, хаотичным сокращением предсердий [6]. Более высокая смертность среди больных, перенесших инсульт, отмечается при постоянной форме мерцательной аритмии, что согласуется с некоторыми литературными данными [4].

Таким образом, частота возникновения КЭИ по мере старения популяции возрастает. Наиболее частая локализация ишемического очага в бассейне ЛСМА и наличие нарушения сердечного ритма, особенно постоянной формы мерцания предсердий, являются прогностически неблагоприятными факторами и сопряжены с формированием более грубого неврологического дефицита как в начальной, так и последующих стадиях инсульта. Полученные результаты исследования дают предпосылки для более детального изучения кардиального статуса у больных с ишемическим инсультом.

Литература

1. Кузнецов А.Л., Фоякин А.В., Суслина З.А. Микроцеребральная эмболия и очаговое поражение головного мозга при кардиоэмболическом инсульте // Неврологический журн. № 3. 2002. С. 10–12.
2. Суслина З.А. Очерки ангионеврологии. М., 2005. С. 108–116.
3. Табашникова Ю.В. Инфаркт мозга при хронических формах кардиальной патологии атеросклеротического генеза: клинически-биохимическое сопоставление. А.; Н. Новгород, 2005. С. 10–13.
4. Фоякин А.В., Суслина З.А., Гераскина Л.А. Кардиологическая диагностика при ишемическом инсульте. СПб., 2005. С. 128–140.
5. Фоякин А.В., Суслина З.А., Гераскина Л.А. Стратификация причин кардиоэмболического инсульта // Неврологический журн. № 2. 2002. С. 8–12.