

UDC:616.831.005

**CARDIAC CAUSES OF STROKE AND DETERMINATION OF OPTIMAL
PREVENTION STRATEGY**

Kholmatov R.I., Rakhmatullaev F.A.

Andijan State Medical Institute

Uzbekistan, Andijan Department of Neurology

SUMMARY: Cardiocerebral embolism causes the development of 30-40% of all cases of ischemic stroke. The medico-social significance of this problem is emphasized by the fact that cardioembolic stroke (CEI) is often associated with pronounced neurological disorders and significantly impairs the quality of life of patients. The risk of relapse is also quite high. Therefore, timely recognition of the cardiac cause of stroke and the determination of the optimal prevention strategy are so important.

Key words: cardiogenic ischemic stroke, atrial fibrillation, echoCG

Резюме: Кардиocereбральная эмболия обуславливает развитие 30—40% всех случаев ишемического инсульта. Медико-социальное значение этой проблемы подчеркивается тем, что кардиоэмболический инсульт (КЭИ) нередко ассоциируется с выраженными неврологическими нарушениями и существенно ухудшает качество жизни пациентов. Риск рецидива также довольно высок. Поэтому столь актуальны своевременное распознавание кардиальной причины инсульта и определение оптимальной стратегии профилактики.

Ключевые слова: кардиогенный ишемический инсульт, фибрилляция предсердия, ЭхоКГ.

Актуальность: Ишемический инсульт представляет собой клинический синдром острого сосудистого поражения мозга и может являться исходом различных патологических состояний системы кровообращения: сосудов, сердца, крови. Сегодня известны два кардиогенных механизма развития очаговой ишемии мозга — церебральная эмболия и сосудистая мозговая недостаточность, приводящие, соответственно, к кардиоэмболическому и гемодинамическому инсульту. Вместе с тем существующее этиологическое многообразие сердечных нарушений диктует необходимость в упорядочении их значения в патогенезе кардиогенных ишемических инсультов. Кардиocereбральная эмболия обуславливает развитие 30—40% всех случаев ишемического инсульта. Медико-социальное значение этой проблемы подчеркивается тем, что кардиоэмболический инсульт (КЭИ) нередко ассоциируется с выраженными неврологическими нарушениями и существенно ухудшает качество жизни пациентов. Риск рецидива также довольно высок. Поэтому столь актуальны своевременное распознавание кардиальной причины инсульта и определение оптимальной стратегии профилактики.

Цель исследования: распознавание кардиальной причины инсульта и определение оптимальной стратегии профилактики.

Материалы и методы исследования: В работе представлен анализ результатов обследования 60 пациентов в остром периоде ишемического инсульта (ИИ), 35 лиц с факторами риска (ФР) развития атеросклероза (контрольная группа) и 30 практически здоровых лиц. На основании данных клинического и комплексного ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, 60 пациентов в зависимости от подтипа инсульта были распределены на 2 группы: 1 группу составили 40 пациентов (67%) с кардиогенным инсультом (КИ), 2 - 20 пациентов (33%) с атеротромботическим инсультом (АТИ). Среди больных с КИ и АТ подтипами инсульта преобладали лица мужского пола (64% и 70% соответственно). Средний возраст пациентов с КИ составил $53,4 \pm 7,8$ лет, АТИ - $60,4 \pm 7,1$ лет. (диаграмма 1)

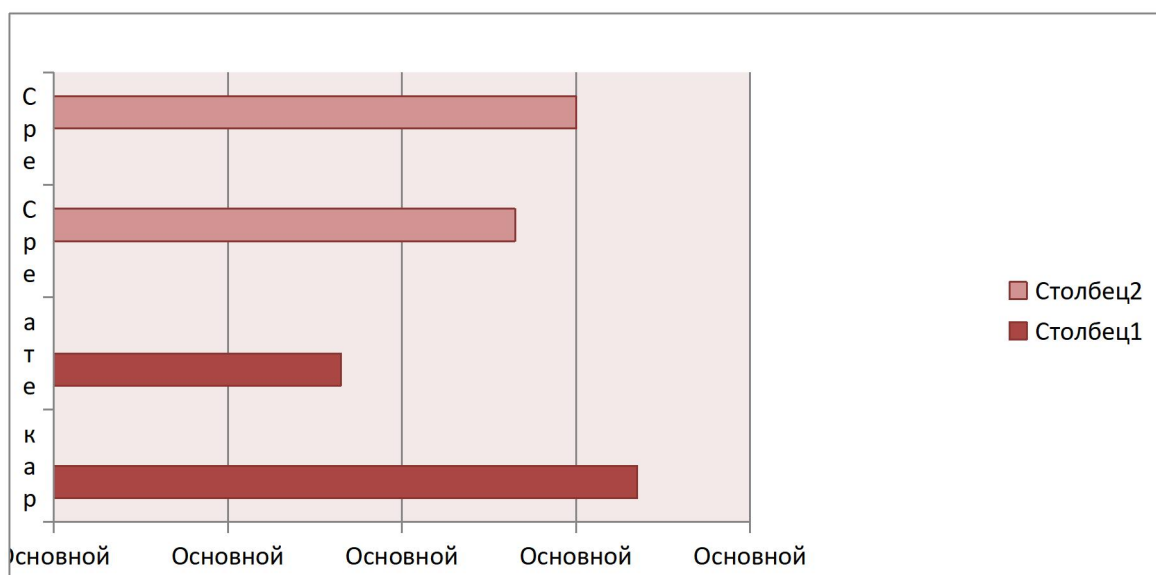


диаграмма 1

Обсуждение результатов: На основании клинических данных среди 40 пациентов с КИ в 27 (67%) наблюдениях диагностировали первичный инсульт, из них в 1 наблюдении НМК предшествовала транзиторная ишемическая атака (ТИА), в 13 (33%) случаях диагностирован повторный инсульт. Повторный ИИ развивался в период от 1 до 48 мес. после первого инсульта.

Кардиальный анамнез выявлен в 21 случаях, из них постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) у 8 (36%) больных, стенокардия напряжения II-IV ФК - у 3 (14%), неревматическая мерцательная аритмия - у 10 (50%) пациента (постоянная форма - у 4 (19%), пароксизмальная - у 6 (31%). (диаграмма 2).

У 13 (49%) пациентов с первичным и у 3 (19%) больных с повторным ИИ диагностирован инсульт легкой степени тяжести. Частота инсульта средней тяжести составила 4 (14,5%) и 1 (9%) соответственно. Тяжелый инсульт был диагностирован лишь в 7,5% наблюдений и чаще среди больных с первичным ИИ (2,5% и 5% соответственно). У 20 (50%) больных определялось состояние средней степени

тяжести, у 14 (34%) - удовлетворительное и у 6 (16%) пациентов - тяжелое состояние с уровнем сознания, соответствующим оглушению



диаграмма 2

40 пациентов с КИ

| | |
|--|--|
| 36 больных (90%) локализация инфаркта мозга соответствовала каротидному бассейну | Доля больных с инсультом в артериях вертебробазилярной системы (ВБС) составила 4 больных (10%) |
| при этом частота вовлечения левого каротидного бассейна была в 2 раза выше, чем правого (50% и 25% соответственно) | |

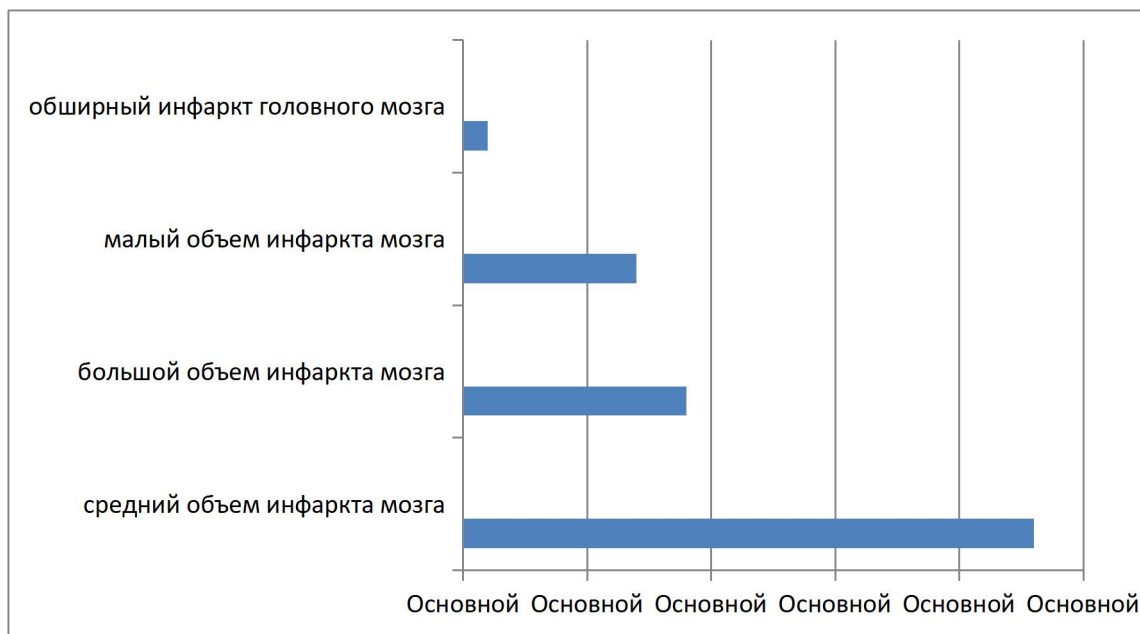


диаграмма-3

У подавляющего большинства больных 36 (90%) локализация инфаркта мозга соответствовала каротидному бассейну, при этом частота вовлечения левого каротидного бассейна была в 2 раза выше, чем правого (50% и 25% соответственно). Двусторонняя локализация инфарктов мозга выявлена у 6 (15%) больных с КИ. Доля больных с инсультом в артериях вертебробазиллярной системы (ВБС) составила 10% (4 пациента). (таблица-1). 23 (57%) пациента имели средний объем инфаркта мозга, 9 (23%) - большой, 7 (14%) - малый и лишь у 1 пациента выявлен обширный инфаркт головного мозга.(диаграмма-3)

По данным ЭхоКГ, согласно классификации J.P. Hanna и A.J. Furlan (1995), 40 пациентов были распределены на 3 группы: 18 (46%) пациентов с кардиальной патологией, характеризующейся внутрикамерным образованием эмболов, 6 (15%) больных с патологией клапанов сердца и 16 (39%) пациент с изменениями перегородок.

Нами проведено сопоставление пациентов трех групп по возрасту, тяжести состояния и тяжести неврологических нарушений. Пациенты трех групп статистически достоверно отличались по возрасту ($p=0,003$). Так, средний возраст больных с кардиогенной эмболией внутрикамерного генеза составил 58 года, с поражением клапанов - 46 год, с изменением перегородок сердца 40 лет. Среди больных с изменением перегородок сердца в большем количестве наблюдений (50%) отмечали удовлетворительное состояние, в то время как при клапанной патологии - тяжелое (40%) ($p=0,001$ и $p=0,004$ соответственно).

Анализ взаимосвязи причины кардиогенной эмболии с выраженностью неврологических нарушений показал, что у больных с изменением перегородок сердца выраженность двигательных нарушений была минимальной ($p=0,025$).

Согласно классификации Stop Stroke Study TOAST (SSS-TOAST) (2007), 31 пациент с изменениями межпредсердной/межжелудочковой перегородок (МПП/МЖП) в зависимости от возможного механизма кардиогенной эмболии были разделены на 2 группы: первую группу составили 22 (71%) пациента с открытым овальным окном (ООО), вторую - 9 (29%) больных с дефектом МПП (2 пациента), дефектом МЖП (1 наблюдение) и аневризмой МПП с лево-правым сбросом крови (6 больных). Результаты ЭхоКГ позволили определить наличие анатомического варианта ООО. У половины пациентов (55%) был диагностирован туннелевидный вариант, в 27% - окончатый и в 18% - клапанный вариант ООО. Размер сепарации первичной и вторичной перегородок составил от 1 до 4,5 мм.

Выводы: Характерная УЗ-картина в остром периоде инсульта позволяла предполагать наличие парадоксальной эмболии, что позволит своевременно принять профилактические меры по предупреждению осложнений кардиогенного инсульта.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.В. Фонякин, Л.А. Гераскина “ Кардиогенные инсульты
2. Л.А. Гераскина “Кардиоэмболический инсульт”
3. Дамулин И.В.1, Андреев Д.А.2, Салпагарова З.К. “Кардиоэмболический инсульт”
4. Широков Е.А. «Кардиогенный инсульт»
5. Сулимов В.А “ Диагностика и лечение фибрилляции предсердий”