

## КАРДІОЕМБОЛІЧНИЙ ІНСУЛЬТ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОГНОЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

КАРДІОЕМБОЛІЧНИЙ ІНСУЛЬТ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОГНОЗ ЗАХВОРЮВАННЯ – У даній статті проведено порівняльний аналіз клінічних особливостей перебігу кардіоемболічного інсульту залежно від виду супутньої кардіальної патології, локалізації ішемічного вогнища, віку та статі хворих. Виявлено, що дана патологія домінує серед осіб середнього і зрілого віку в період максимального розквіту трудово та соціально активності людини, ступінь неврологічних порушень поглиблюється із віком і суттєво не залежить від статі, локалізації у басейні середньої мозкової артерії є прогностично несприятливою ознакою, оскільки частіше поєднується з формуванням неврологічного дефіциту тяжкого ступеня на усіх етапах інсульту.

КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ – Статья содержит сравнительный анализ клинических особенностей течения кардиоэмболического инсульта в зависимости от вида сопутствующей кардиальной патологии, локализации ишемического очага, возраста и пола больных. Определено, что данная патология доминирует в средней и зрелой возрастной категории в период максимального расцвета трудовой и социальной активности человека. Степень неврологических нарушений усугубляется с возрастом и существенно не зависит от пола. Локализация очага в бассейне средней мозговой артерии является прогностически неблагоприятной чертой, поскольку чаще сопряжена с формированием неврологического дефицита тяжелой степени на всех этапах инсульта.

CARDIOEMBOLIC STROKE: THE PECULIARITIES OF CLINICAL PICTURE, DIAGNOSTICS AND PROGNOSIS OF THE DISEASE – The article contains information about comparative analysis of clinical peculiarities of cardioembolic stroke on the background of different cardiac diseases, according to the different localization of pathological focus, age and sex of patients. It was found out that the disease dominates among average and mature age in the period of maximal human prosperity of working and social activity. The neurological deficit intensifies with age and doesn't depend on sex. Localization of pathological focus in the basin of middle cerebral artery is prognostic unfavourable feature as it is associated with severe neurological deficit on all stages of stroke.

**Ключові слова:** кардіоемболічний інсульт, ступінь неврологічних порушень, фібриляція передсердь, середньомозкова артерія.

**Ключевые слова:** кардиоэмболический инсульт, степень неврологических нарушений, фибрилляция предсердий, средняя мозговая артерия.

**Key words:** cardioembolic stroke, neurological deficit, auricle fibrillation, middle cerebral artery.

**ВСТУП** На сьогодні кардіоемболічний інсульт (КЕІ) є одним з найпоширеніших підтипів ішемічних порушень мозкового кровообігу, при чому кількість невпинно зростає у зв'язку із широким впровадженням у клінічну ангіоневрологічну практику новітніх кардіологічних методів діагностики [4]. Серед причин виникнення КЕІ чільне місце посідає пароксизмальна фібриляція передсердь, суттєво випереджуючи післяінфарктні зміни, ревматичні вади та постійну фібриляцію передсердь. Проте відповідно до даних літератури, найвища смертність спостерігається серед хворих, які перенесли КЕІ на тлі постійно форми миготливо

аритмі [1]. Ще однією особливістю даного захворювання є те, що кардіоцеребральна емболія представляє собою континуум, а не завершену подію. Так, транскраніальне доплерівське моніторингування середніх мозкових артерій дозволило зареєструвати мікроемболічні сигнали протягом досить віддаленого періоду часу в більше ніж половини хворих, які перенесли КЕІ, що відповідно поєднується із реальною загрозою повторних мозкових подій [3].

Таким чином, з'ясування особливостей перебігу КЕІ у хворих із різними типами кардіальної патології, різною локалізацією вогнищ тощо має важливе значення при прогнозуванні перебігу та виборі тактики лікування даного захворювання.

Метою даного дослідження стало проведення порівняльного аналізу клінічних особливостей перебігу КЕІ залежно від виду супутньої кардіальної патології, локалізації ішемічного вогнища, віку та статі хворих.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Ми обстежили 47 хворих на КЕІ віком від 31 до 75 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в інсультному відділенні Тернопільсько-обласно клінічно комунально психоневрологічно лікарні. З них – 28 (59,6 %) жінок та 19 (40,4 %) чоловіків. Критерієм постановки діагнозу КЕІ служили особливості початку захворювання (раптова поява максимально вираженого неврологічного дефіциту в дебюті захворювання), супутня кардіальна патологія з високим ризиком ембологенних ускладнень, відсутність стенозуючого процесу в інтра- та екстракраніальних судинах. Серед супутньої патології у даного контингенту населення спостерігалася неклапанна фібриляція передсердь на ґрунті хронічно серцево-недостатності (10,6 %), ішемічно хвороби серця (27,7 %), артеріально гіпертензії (25,5 %), дилатативно кардіоміопатії (8,5 %), цукрового діабету (21,3 %) та ожиріння (6,4 %).

Усім пацієнтам було проведено загальноклінічне обстеження, що включало в себе ретельний збір анамнезу з врахуванням усіх факторів ризику виникнення інсульту; оцінювали час появи та динаміку перших симптомів захворювання; визначали ступінь вираженості неврологічного дефіциту за американською шкалою інсульту NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale): так неврологічні порушення легкого ступеня діагностували за умови суми балів в межах 3 – 8; середній ступінь тяжкості відповідав 9 – 12 балам; тяжкий – 13 – 15; наявність 16 – 34 балів свідчила про надтяжкий стан пацієнта. З метою нейровізуалізації структури головного мозку усім хворим було проведено мультиспіральну комп'ютерну томографію (МСКТ). Відповідно до даних останньою було встановлено, що ураження у басейні середньої мозкової артерії

(СМА) спостерігалися в 37 (78,7 %) обстежуваних (з них – лівобічна локалізація вогнища ураження була у 23 (62,2 %) хворих, а правобічна – в 14 (37,8 %) пацієнтів); ураження у вертебро-базиллярному басейні (ВББ) становили 21,3 % відповідно. Для дослідження діяльності серця ми застосували електрокардіографію (ЕКГ) та обов'язково оглядав кардіолог.

Отримані дані оброблені методом варіаційної статистики за допомогою прикладно програми SPSS, 13.0.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ** Залежно від віку, відповідно до рекомендацій ВООЗ, усіх обстежуваних пацієнтів з КЕІ було поділено на такі групи: молодий вік – до 29 років, середній вік – від 30 до 44 років, зрілий вік – від 45 до 59 років, похилий – 60 і старше.

Детальний розподіл хворих за віком подано у таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих на КЕІ за віком

Вік, роки	Абсолютне число	%
до 29	–	–
30 – 44	9	19,2
45 – 59	18	38,3
60 і старше	20	42,5
Разом	47	100

Отримані результати підкреслюють актуальність дано проблеми, оскільки значна поширеність захворювання спостерігається саме серед осіб середнього (19,2 %) та зрілого (38,3 %) віку, на який припадає період максимального розквіту трудово та соціально активності людини.

Аналіз неврологічних порушень у пацієнтів з КЕІ за шкалою NIHSS виявив у 11 (23,4 %) хворих розлади легкого ступеня; у 10 (21,3 %) – середнього; у 4 (8,5 %) – тяжкого; а у 22 (46,8 %) пацієнтів – надтяжкого ступенів відповідно. При чому порушення надтяжкого ступеня домінували у групі хворих похилого віку (54,5 %); 36,4 % з них спостерігалися у осіб зрілого віку; а 9,1 % були наявними серед молодих пацієнтів відповідно. Тяжкі неврологічні порушення було виявлено лише серед пацієнтів похилого (50 %) та зрілого віку (50 %). Порушення середнього ступеня переважали у найстаршій віковій категорії (50 %), в осіб зрілого віку склали 30 %, а у молодих пацієнтів – 20 % відповідно. Легкі неврологічні порушення виявлено у всіх вікових групах хворих і вони склали 45,5 % у молодих, 45,5 % у хворих зрілого віку та 9,0 % в осіб похилого віку.

Таким чином, аналізуючи ступінь тяжкості неврологічних порушень при КЕІ залежно від віку, можна відмітити, що в осіб зрілого та похилого віку частіше спостерігаються неврологічні розлади надтяжкого та тяжкого ступенів порівняно з молодими.

Відповідно до гендерно ознаки обстежуваних з КЕІ розподілилися наступним чином: у групі жінок неврологічні порушення легкого ступеня склали 25 % (7 осіб), середнього – 21,4 % (6 хворих), тяжкого – 10,7 % (3 пацієнтки), надтяжкого – 42,9 % (12 обстежуваних). Серед чоловіків аналогічні

відхилення у неврологічному статусі склали 21,1 % – 4 осіб; 21,1 % – 4 хворих; 5,3 % – 1 чоловік та 52,6 % – 10 осіб відповідно.

Отже, аналіз ступеня неврологічних порушень при КЕІ залежно від статі суттєвих відмінностей не виявив.

У 87,2 % обстежуваних з КЕІ було виявлено наявність тако супутньо патології як постійна форма фібриляції передсердь (ФП). З даним діагнозом спостерігалися у терапевта протягом останніх 3 років 8 (17 %) хворих, від 3 до 10 років – 9 (19,1 %) осіб, понад 10 років – 12 (25,5 %) обстежуваних відповідно. 8 (17 %) пацієнтів не знали про наявність у них аритмії, а ще 10 (21,3 %) – знали, проте не могли вказати чітко тривалість і ніколи не отримували специфічно терапію. З превентивною метою приймали антиагреганти лише 4 (8,5 %) усіх обстежуваних.

При цьому слід зазначити, що групу обстежуваних з неврологічними порушеннями тяжкого та надтяжкого ступенів склали ті, які не знали про наявність у них аритмії – 7 (30,8 %); ті, які знали, проте не могли вказати чітко тривалість і ніколи не отримували специфічно терапію – 8 (38,4 %), а також хворі на ФП в анамнезі понад 10 років – 7 (30,8 %).

Таким чином, високий ембологенний потенціал неклапанно ФП та зростання ризику КЕІ в умовах відсутності специфічно антитромботично терапію ФП зумовлює необхідність адекватно корекції зазначеного патологічного стану та постійного моніторингу даного контингенту хворих фахівцями терапевтичного профілю.

Залежно від локалізації вогнища інсульту в ході проведених досліджень ми виявили, що в осіб з ураженням у басейні СМА переважали неврологічні порушення надтяжкого ступеня – 19 хворих (51,4 %), порушення тяжкого ступеня спостерігалися у 3 (8,1 %) осіб, середнього – у 7 (18,9 %) пацієнтів, а легкого – у 8 (21,6 %) обстежуваних відповідно. Причому лівобічна локалізація вогнища ураження супроводжувалася надтяжким неврологічним дефіцитом у 11 (47,8 %) хворих; тяжкий ступінь було виявлено у 2 (8,7 %) пацієнтів; середній – у 5 (21,7 %) осіб; легкі неврологічні порушення мали місце у 5 (21,7 %) обстежуваних. Правобічна локалізація вогнища, у свою чергу, характеризувалася аналогічними змінами у 57,4 %; 7,1 %; 14,3 % та 21,4 % хворих відповідно.

За умови ураження вертебро-базиллярного басейну порушення надтяжкого ступеня зустрічалися у 3 (30 %) пацієнтів; тяжкого – у 1 (10 %) чоловіка; середнього – у 3 (30 %) хворих; а легкого – у 3 (30 %) обстежуваних (табл. 2).

Таблиця 2. Ступінь вираженості неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS залежно від локалізації вогнища ураження

Ступінь тяжкості	СМА (n=37)		ВББ (n=10)
	ліва (n=23)	права (n=14)	
Надтяжкий	11	8	3
Тяжкий	2	1	1
Середній	5	2	3
Легкий	5	3	3

Слід зазначити, що аналіз неврологічних порушень у хворих на КЕІ за шкалою NIHSS дозволяє орієнтовно визначити прогноз захворювання. Так, за даними літератури [2], у випадку неврологічних порушень легкого та частково середнього ступенів, ймовірність сприятливого прогнозу становить 60 – 70 %, а при наявності порушень тяжкого та надтяжкого ступенів – лише 4 – 16 %.

**ВИСНОВКИ** Таким чином, дані проведеного дослідження дозволяють зробити наступні висновки:

– в обраній популяції населення поширеність кардіоемболічного інсульту домінувала серед осіб середнього і зрілого віку (57,5 %), на який припадає період максимального розквіту трудово та соціально активності людини;

– найвищий ризик КЕІ спостерігається у пацієнтів, які не отримували адекватно антиаритмічно та антитромботично терапі;

– ступінь неврологічних порушень при КЕІ поглиблюється із віком і суттєво не залежить від статі;

– серед обстежуваних нами пацієнтів домінував КЕІ з локалізацією у басейні середньо мозково артерії, що виявилось прогностично несприятливою ознакою, оскільки частіше супроводжувалося формуванням неврологічного дефіциту тяжкого ступеня на усіх етапах інсульту.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics – 2007 Update. – Dallas, TX: American Heart Association, 2006 (<http://www.americanheart.org/statistics>).
2. The Global Stroke Initiative / R. Bonita, S. Mendis, T. Truelsen [et al.] // *Lancet Neurol.* – 2004. – Vol. 3. – P. 391–393.
3. Табашникова Ю. В. Инфаркт мозга при хронических формах кардиальной патологии атеросклеротического генеза : клинически-биохимическое сопоставление / Ю. В. Табашникова. – А.; Н. Новгород, 2005. – С. 10–13.
4. Фонякин А. В. Кардиологическая диагностика при ишемическом инсульте / А. В. Фонякин, З. А. Суслина, Л. А. Гераскина. – СПб., 2005. – С. 128–140.

Отримано 17.03.11