

УДК 616.831-005.1:616.89-008.454/.456

Бутахонов Фаррух Тулкинжон угли, магистр 3 курса.,

Рахматуллаева Насибахон Исламбаевна.,

Абдукадирова Дилфуза Таиржановна

Кафедра неврологии

Андижанский государственный медицинский институт

ЦЕРЕБРОКАРДИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Резюме: Представления о взаимосвязи кардиальной и церебральной патологии постоянно расширяются и уточняются. Изменение функции и структуры сердечной мышцы в ответ на острую ишемию головного мозга рассматривают в рамках цереброкардиального синдрома - сложного комплекса метаболических, структурных и электрофизиологических сдвигов, возникающих в миокарде в ответ на острую ишемию головного мозга.

Развитие цереброкардиального синдрома негативно влияет на течение и исход ОНМК, а также создает угрозу жизни больного из-за возможности внезапной кардиальной смерти вследствие асистолии.

Диагностика цереброкардиального синдрома на основании данных только одной электрокардиографии, является недостаточной, так как не учитываются изменения регуляции сердца, вызываемые инсультом. ЭКГ не позволяет с уверенностью определить природу изменений в сердечной мышце при различной экстракардиальной патологии.

Ключевые слова: цереброкардиальный синдром, мозговой инсульт, молодой возраст.

Butakhonov Farrukh Tulkinjon ugli, 3rd year Master's degree.,

Rakhmatullayeva Nasibakhon Islambaевна.,

Abdukadirova Dilfuza Tairzhanovna

Department of Neurology

Andijan State Medical Institute

CEREBROCARDINAL SYNDROME IN THE ACUTE PERIOD OF CEREBRAL STROKE IN YOUNG PATIENTS

Resume: Ideas about the relationship between cardiac and cerebral pathology are constantly expanding and being refined. Changes in the function and structure of the heart muscle in response to acute cerebral ischemia are considered within the framework of cerebrocardial syndrome - a complex complex of metabolic, structural and electrophysiological shifts that occur in the myocardium in response to acute cerebral ischemia.

The development of cerebrocardial syndrome negatively affects the course and outcome of ONMC, and also poses a threat to the patient's life due to the possibility of sudden cardiac death due to asystole.

Diagnosis of cerebrocardial syndrome based on data from only one electrocardiography is insufficient, since changes in the regulation of the heart caused by stroke are not taken into account. ECG does not allow to determine with certainty the nature of changes in the heart muscle in various extracardial pathology.

Key words: cerebrocardial syndrome, cerebral stroke, young age.

Актуальность. Актуальность проблемы ишемического инсульта (ИИ) у лиц молодого возраста (18—45 лет) в первую очередь определяется отличием его причин от таковых в старших возрастных группах, распознавание которых требует проведения специальных лабораторно-инструментальных исследований и часто сопряжено с немалыми трудностями. На актуальность проблемы указывает и высокая частота криптогенного инсульта (15—40%), т. е. инсульта неустановленной этиологии [3]. Кроме того, за последние годы изменились причины И.И. Так, успехи в лечении ревматизма, достигнутые в прошлом столетии, привели к тому, что кардиогенные эмболии церебральных артерий, обусловленные ревматическим поражением клапанов сердца, ранее

бывшие основной причиной ИИ в молодом возрасте, в настоящее время встречаются нечасто. А заболевания, прежде считавшиеся раритетными или неизвестными (диссекция, антифосфолипидный синдром — АФС) диагностируются все чаще. Наконец, немаловажное значение имеют социально-экономические факторы, сопряженные с молодым возрастом больных, а также тенденция к росту ИИ в молодом возрасте [1].

Изучение причин ИИ у молодых пациентов в Научном центре неврологии (далее — Центр) проводится на протяжении последних 30 лет. В настоящем обзоре представлен анализ причин ИИ более чем у 600 больных, обследованных в течение последних 13 лет[2,5].

Самой частой причиной ИИ, по данным настоящего исследования, является диссекция артерий, кровоснабжающих головной мозг (28%). Реже, почти с одинаковой частотой встречаются кардиогенные эмболии (12%), АФС (11%), коагулопатии не-уточненного генеза, включая серонегативный (отрицательные антитела к фосфолипидам — аФЛ) синдром Снеддона (6%), изолированный церебральный артериит (5%).

На долю прочих причин, включающих болезнь/синдром моя-моя, полицитемию, генетически детерминированные артериопатии, митохондриальные заболевания, приходится 3%. Частота артериальной гипертонии и атеросклероза, основных причин ИИ в старших возрастных категориях, невелика и составляет 7 и 3% соответственно. Криптогенный инсульт был диагностирован у 25% больных.

Почти у половины из них клинические проявления были типичны для диссекции, однако отсутствие инструментального подтверждения последней в остром периоде инсульта не позволило отнести их в разряд инсультов с установленной этиологией [4].

Цель исследования: Изучить факторы, оказывающие влияние на степень выраженности цереброкардиального синдрома, определить его клинические составляющие и электрокардиографические критерии.

Материалы и методы исследования. Материалом настоящей работы является результаты ретроспективного и проспективного исследований, анализа, динамического наблюдения, обследования и лечения 90 больных, находившихся в отделении неврологии клинике АГМИ.

Возраст больных составил от 16 до 94 лет (средний возраст $59,9 \pm 17,3$ лет), из них мужчин – 621 (50,9%), женщин – 598 (49,1%). Среди пролеченных преобладали лица среднего трудоспособного возраста (от 40 до 60 лет), удельный вес которых составил 40,9%. Больные пожилого и старческого возраста составили 40,5%, из них от 60 до 69 лет – 19,2% и старше 70 лет – 21,3% больных. По гендерным признакам отмечается некоторое преобладание мужчин: 50,9% ($n=621$).

Результаты исследования. В группе больных с ишемическим инсультом 681 человек (100%) (рис.2). Возраст больных от 24 до 94 года, в среднем $62,8 \pm 9,4$ лет. Мужчин – 395 (58,0%), женщин 286 больных (41,9%).

Больных с транзиторной ишемической атакой составляет 271 человек. В среднем от 24 до 93 лет (63,8%). Мужчин 98 (36,2%), женщин 173 (63,8%).

Атеротромботический вариант присутствовал у 357 больных (52,4% от общего количества больных с ИИ), кардиоэмболический вариант у 97 (14,2%), инсульт неустановленной этиологии (причина неизвестна или более одной потенциальной причины ОНМК) – у 125 больных (18,4%), лакунарный инсульт – 84 (12,3%). Ишемический инсульт другой этиологии встречался в 18% случаев (2,6% от общего количества больных с ИИ).

В группе больных с геморрагическими формами ОНМК ($n=267$; 100%) количество пациентов с внутримозговыми гематомами составило 151 (56,6% от общего количества больных с ГИ), с субарахноидальными кровоизлияниями (САК) и субарахноидальными кровоизлияниями, осложнившимися развитием внутримозговой гематомой (САК + САК с

ВМГ) – 116 больных (43,4% от общего количества больных с ГИ), с «изолированным» САК – 58 больных (21,7% от общего количества больных с ГИ), с субарахноидальным кровоизлиянием, осложнившимся развитием внутримозговой гематомы (САК с ВМГ) – также 58 больных (21,7%).

При детальном анализе клинико-лабораторных и инструментальных исследований отобраны 414 (40,4%) больных с различными нарушениями сердечной деятельности, с признаками цереброкардиального синдрома.

При ишемическом инсульте встречалось у 267 (39,2%) больных; пациенты с геморрагическими нарушениями мозгового кровообращения - 171 (64,5%) и с ТИА – 54 (19,9%) (рис.1 и 2).

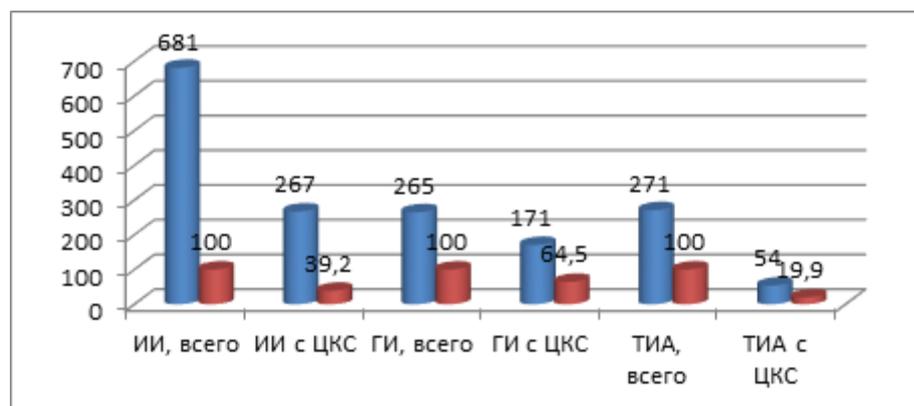


Рис.1. Показатели цереброкардиального синдрома в зависимости вариантов ОНМК

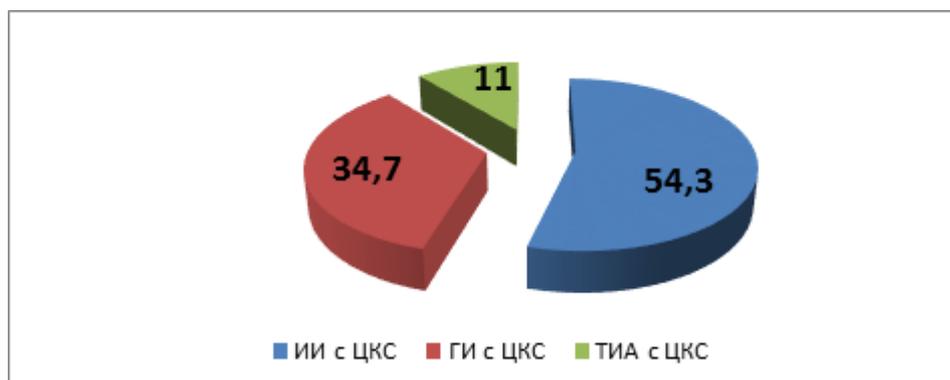


Рис.2. Процентное соотношения в зависимости от варианта ОНМК

У подавляющего большинства исследованных больных в острой стадии инсульта отмечена повышенная наджелудочковая и желудочковая эктопическая активность, частая наджелудочковая экстрасистолия фиксировалась у 157 (31,9%) пациентов, пароксизмы мерцательной аритмии – у 132 (26,8%), частая желудочковая экстрасистолия – у 108 (21,9%) и брадиаритмии – у 59 (12,0%) больных. Больше чем у половины (62,8%) больных регистрировали парные и групповые наджелудочковые экстрасистолы, у 83 (16,9%) пациентов – парные желудочковые экстрасистолы. Эпизоды безболевого ишемии миокарда отмечались реже – у 44 (8,9%) пациентов (рис.3).

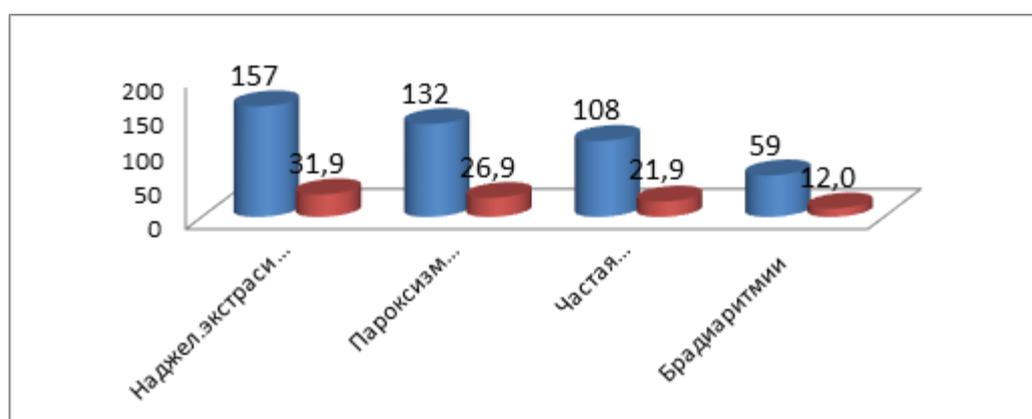


Рис.3. Нарушения ритма сердца при ЦКС

Доказательством в пользу острого цереброгенного воздействия на сердце служит то, что через три недели у тех же больных при отсутствии антиаритмического лечения перечисленные виды аритмий зафиксированы с меньшей частотой: частая суправентрикулярная экстрасистолия – у 99 (20,1%), пароксизмы мерцательной аритмии – у 83 (16,9%), частая желудочковая экстрасистолия – у 58 (11,9%), брадиаритмии – у 29 (5,8%) больных соответственно (рис.4).

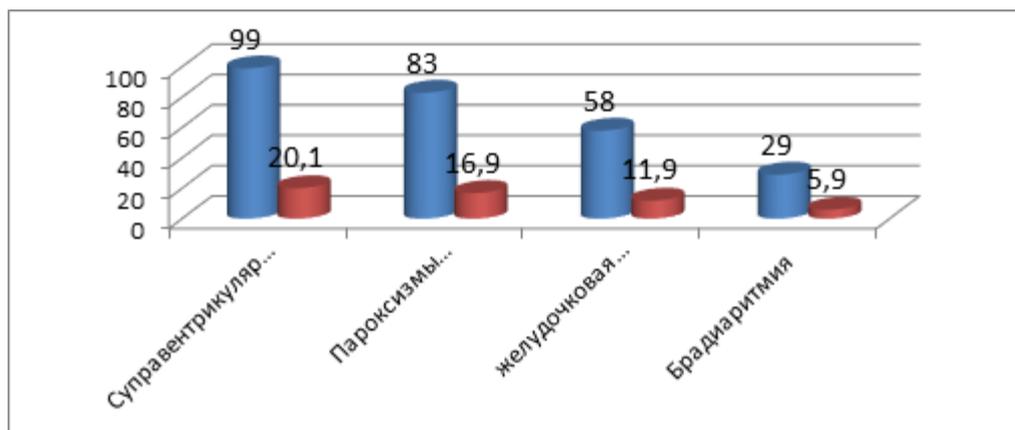


Рис. 4. Нарушения ритма сердца в динамике через 3 недели

Нами отмечена отчетливая связь между размером поражения мозга и кардиальными аритмиями. Так, в острейшем периоде инсульта одиночные и парные наджелудочковые аритмии, частые желудочковые экстрасистолии, а также синоаурикулярную блокаду 2-й степени чаще регистрировали у больных со средними и большими полушарными очагами по сравнению с пациентами, имеющими малые инфаркты мозга. Мы предполагаем, что в данном случае цереброгенное воздействие являлось ведущим, так как характер кардиальной патологии у всех больных был сходным. Более того, усиление желудочковых аритмий сохранялось к концу острого периода инсульта, что свидетельствовало в пользу стойкого цереброкардиального влияния при распространенном поражении мозга. Кроме того, при коронарной патологии данные аритмии приобретают качество маркера фатальных кардиальных нарушений, включая внезапную сердечную смерть, поэтому при наличии значительного мозгового поражения необходимо учитывать возможность наличия повышенной эктопической желудочковой активности на протяжении всего периода ранней постинсультной реабилитации.

Вывод. Таким образом, в остром периоде ишемического инсульта большие полушарные инфаркты, поражение в вертебро-базиллярной системе, субарахноидальные кровоизлияния с прорывом в желудочковую систему, геморрагические инсульты с окклюзионной гидроцефалией,

наличие коронарной патологии и ХСН ассоциируются с повышенной инцидентностью нарушений сердечного ритма, которые в условиях срыва ауторегуляции мозгового кровотока даже при базовой оптимальности центральной гемодинамики способны ухудшить церебральную перфузию и вмешаться в течение раннего реабилитационного периода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Долгов А.М. Цереброкардиальный синдром при ишемическом инсульте (ч.1) // Вестник интенсивной терапии. – 2014. – № 2. – С. 10-14.
2. Долгов А.М. Цереброкардиальный синдром при ишемическом инсульте (ч.2) // Вестник интенсивной терапии. – 2015. – № 2. – С. 15-18.
3. Крылов В.В., Петриков С.С. Нейрореанимация: практическое руководство. – М., ГЭОТАР, 2010. – 176 с.
4. Крылов В.В., Петриков С.С., Белкин А.А. Лекции по нейрореанимации. 2009-192 с.
5. Лесина С.С., Кондратьев А.Н., Козляков А.В. Стойкие проявления цереброкардиального синдрома в ближайшем послеоперационном периоде (клиническое наблюдение). //Анестезиология и реаниматология 2007; 3.
6. «Сосудистые заболевания мозга и кардиальные дисфункции», В.Д. Трошин, Н.И. Жулина, издательство Иркутского университета, 2011г.