



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИНСУЛЬТА ПРИ СОЧЕТАНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ИЗУЧЕНИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА

Шадманова Сидика Курбановна¹

¹ Бухарский государственный медицинский институт
<https://doi.org/10.5281/zenodo.5815097>

ИСТОРИЯ СТАТЬИ

Принято: 20 декабря 2021 г.
Утверждено: 25 декабря 2021 г.
Опубликовано: 30 декабря 2021 г.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

клиническая картина,
инфаркт миокарда,
фактор, риск,
инвалидизация,
гетерогенность,
летальность.

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена исследованию проблемы, связанной с клинической картиной инсульта при сочетании инфаркта миокарда с изучением факторов риска болезни.

Проблема инсульта стоит очень остро в связи со значительной частотой его развития, высоким процентом инвалидизации и смертности [2, с. 4-10; 4]. Среди причин развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), согласно концепции патогенетической гетерогенности ишемического инсульта (ИИ), патология сердца занимает одно из ведущих мест [5].

Следует отметить, что сочетание у одного больного инфаркта миокарда (ИМ) и ОНМК – редкая патология с неблагоприятным прогнозом. Однако на сегодняшний день данные о летальности при такой комбинации, клинической картине, факторах риска, диагностических критериях разрозненны, порой противоречивы.

Известно этиопатогенетическое единство ИБС и цереброваскулярных заболеваний головного мозга и принято понятие об ишемической болезни сердца и мозга [2, с. 4-10.], но обсуждаемая сочетанная патология больше известна кардиологам и кардионеврологам и изучена больше «кардиологическая сторона» вопроса. Доказана ведущая роль в раннем неблагоприятном исходе заболевания обширности ишемического повреждения и первоначальной тяжести инсульта, а не развившейся геморрагической трансформации; также доказано, что МА является предиктором интраишемического кровоизлияния, асимптомный характер геморрагической трансформации



улучшает ранний клинический исход заболевания [6, p. 695-703].

Эмболия, связанная с патологией сердца, чаще служит развитию КЭИ. Но доказано, что она является одной из независимых причин развития и лактатдегидрогеназа (ЛИ) [1]. Другой патогенетический тип ИИ, которого нет в классификации TOAST, – гемодинамический, также часто имеет кардиальные причины, изученные предыдущими исследователями: это брадиаритмии, случаи ишемии миокарда без боли, снижение минутного и ударного объема сердца [7]. Анализ научных исследований показал, что не всегда патология сердца первична. Кроме понятия кардиоцеребральный синдром, впервые введенного в 1949 г. Н.К. Боголеповым, имеет право на существование и такое понятие, как цереброкардиальный синдром, имеющий на сегодняшний день большую доказательную базу. В частности, в ряде работ конца XX века показано, что сам инсульт может явиться основанием возникновения кардиальных осложнений, которые ухудшают течение постинсультного периода. При этом ведущая роль отводится вегетативным расстройствам работы сердца. Более выраженные снижения параметров ВСП и неблагоприятный прогноз связаны с правосторонней локализацией очага инсульта, в особенности, если страдает островковая доля, а брадиаритмия сопряжена с локализацией ишемического поражения в ВБС (вертебрально-базилярная система) [3, с. 93-103].

Связь патогенеза кардиальной патологии и инсульта обусловлена, в первую очередь, единством факторов риска, однако актуален вопрос: при сочетании каких именно факторов риска развивается комбинация «ишемический инсульт + инфаркт миокарда»? А главное, в каком случае инсульт развивается при ИМ, в каком – одновременно, и при каких факторах риска у больного с инсультом развивается ИМ? Ученые долго искали ответы на эти вопросы. Предикторами летальных исходов при ИИ, связанных с патологией сердца, являются ХСН, желудочковая ЖЭ, СД, тяжелый инсульт.

Среди обследованных больных ИМ+ИИ было 82 женщин и 60 мужчин. В ОГ (основная группа) наблюдались 58 женщин (56,86%) и 44 мужчин (43,14%). Средний возраст мужчин – $64,8 \pm 4,57$ года, женщин – $75,8 \pm 5,36$ лет. В КГ (контрольная группа) и в ОГ средний возраст мужчин и женщин был сопоставим: в КГ соответственно $64,7 \pm 5,32$ года у мужчин и $72,3 \pm 5,24$ года у женщин.

ИБС (артерия заднего головного мозга) в виде постинфарктного кардиосклероза (ПИКС), стенокардии, различных нарушений ритма имели большинство больных ОГ: ХСН (хроническая сердечная недостаточность) I–II ст. имела у 53 человек (75,7%), ПИКС – у 44 (43,14%), стенокардия (II функциональный класс) – у 26 (25,49%), МА – у 56 (54,90%), постоянная форма МА – у 43 (42,16%), пароксизмальная МА (мерцательная аритмия) – у 13 (12,75%), ЖЭ, зафиксированная при поступлении, – у



31 (30,39%), что статистически достоверно больше, чем в КГ.

Особенностью нашего исследования явилось установление гендерных различий в факторах риска обсуждаемой патологии, в частности, ГЛЖ (гипертрофия левого желудочка) установлена у 73 больных, причем у 81,82% мужчин и 63,79% женщин ОГ, т.е. у мужчин этот фактор встречался статистически достоверно чаще, чем у женщин. Установлена тенденция превалирования ХСН у мужчин и желудочковой экстрасистолии – у женщин и статистически достоверное превалирование курения – у мужчин.

СД (сахарный диабет) был выявлен у 26 больных ОГ (25,49%), причем у 10 (9,80%) диагноз был поставлен впервые. В КГ СД имелся у 9 пациентов (22,50%), из них у 1 – впервые выявленный (2,50%). Таким образом, по частоте СД в обеих группах статистических различий не было, за исключением превалирования в ОГ впервые выявленного СД ($p < 0,05$). Уровень глюкозы в крови у пациентов обеих групп при поступлении не имел статистических различий ($8,46 \pm 3,49$ ммоль/л – в ОГ и $8,08 \pm 3,86$ ммоль/л – КГ).

Особая направленность нашего исследования – поиск ответа на вопрос, какие факторы риска характерны для больных, у которых инсульт развился и диагностирован перед ИМ, после ИМ или одновременно. Были проведены сопоставления в подгруппах КЦ – 12 больных, ЦК – 41 пациентов и ПП – 43 человек. Анализ показал, что в группе КЦ несколько чаще встречались ПИКС и ХСН, но статистически достоверных

различий не получено. Не установлено статистически значимых различий в факторах риска при «первичном» инсульте и при его развитии одновременно с ИМ. Однако в дальнейшем при изучении данных УЗИ сосудов и сердца определено, что ремоделированные сосуды в виде извитости достоверно чаще встречались в группе ПП (подгруппа с одновременным развитием ИИ и ИМ), несколько реже – в ЦК и не встречались у больных КЦ. Полученные данные выводят наш поиск на этиопатогенетические механизмы формирования комбинации «ИИ + ИМ», что не входило в задачи исследования. Однако, учитывая полученные данные, гипотетически можно предположить механизм отсроченного формирования ИИ у больных с ИМ в результате кардиоэмболии, а при одновременном развитии скорее всего имеют значение два фактора – падение сердечной деятельности и извитость МАГ(магистральная артерия головы).

С учетом концепции суммарного риска, а также того факта, что многие из выявленных в нашем исследовании факторов являются не просто провоцирующими моментами, а этиопатогенетическими составляющими единого процесса, имеющего клиническое выражение в виде комбинации «ИИ + ИМ», возможно «взаимное утяжеление» или «взаимное отягощение» факторов риска при их сочетании, что нашло подтверждение в нашем исследовании, в том числе и при изучении клинической картины обсуждаемой группы больных.



Также нами изучена клиническая картина инсульта в сочетании с ИМ в сравнении с таковой у больных с инсультом без ИМ. С учетом специфики нашего исследования среди больных с ИИ неустановленной этиологии были выявлены пациенты с признаками снижения параметров центральной гемодинамики (низким АД, брадикардией и др.) – 12,75% больных. Ни одному из больных с сочетанной патологией не диагностирован атеротромботический вариант ИИ. При проведении сравнительного анализа установлено, что инсульт в сочетании с ИМ имеет более выраженные клинические проявления, чем таковой без ИМ. Так, у каждого второго пациента с ИМ имелась очаговая неврологическая симптоматика в виде пареза зрения, гемиплегии, афазии, что достоверно чаще, чем у больных группы сравнения.

Также выявлена связь между развитием психических расстройств и значительным повышением уровня летальности у таких больных вне зависимости от возраста и тяжести ИМ. На это состояние у тяжелых больных необходимо ориентировать практикующих врачей, т.к. в клинике в подобных случаях диагностический поиск может идти по ошибочному пути, а назначенное лечение психотропными препаратами – утяжелять течение основного заболевания.

Наше исследование показало, что клиническая картина при кардиоэмболическом, гемодинамическом и лакунарном подтипах ИИ при сочетании с острым ИМ достоверно отличается большей тяжестью инсульта, а именно более

частым расстройством сознания, максимумом неврологического дефицита, особенно у пациентов женского пола, тяжелыми осложнениями и высокой летальностью: летальный исход наступил в 74 случаях (72,55%).

Безусловно, что свой вклад в тяжесть состояния и неблагоприятный исход вносит и сам ИМ. По нашим данным, достоверно чаще регистрировался Q-ИМ (71,62%), у остальных – не Q-ИМ (28,38%). Почти у половины больных это был повторный ИМ (44,12%). Летальный исход наступил в 74 случаях (72,55%), при этом у 53 обследованных был Q-ИМ (71,62%), у остальных 21 – не Q-ИМ (28,38%), при этом достоверной разницы по локализации ИМ в левой или правой коронарной артерии не установлено: летальный исход наступил у 80,31% пациентов с локализацией ИМ в заднеинferiorной области миокарда и у 67,56% – в передневерхушечной области.

В настоящее время в литературе имеется очень мало сведений по этому вопросу, возможно, это связано с редкостью изучаемой сочетанной патологии. Известны единичные сообщения, что имеет место превалирование при сочетании с инсультом переднего ИМ [8]. Этот аспект требует дальнейшего совместного изучения кардиологами и неврологами.

Таким образом, изучение клинической картины инсульта при сочетании с ИМ с изучением факторов риска и данных лабораторных и инструментальных исследования, показало тесную взаимосвязь этих двух



заболеваний, имеющих единую этиопатогенетическую основу. Развитие у одного больного сразу двух таких серьезных заболеваний не является простым сложением клинических картин инсульта и ИМ, а в результате взаимного отягощения формирует общую клиническую картину, для которой характерна не только выраженность неврологического дефицита, общая тяжесть состояния, но и очень высокая летальность.

Клиническая картина, факторы риска, данные дополнительных обследований ориентируют специалистов, как кардиологов, так и неврологов, на углубленное изучение данной проблемы, что позволит в дальнейшем согласовать более эффективную совместную тактику ведения, лечения, восстановления таких больных и разработать действенные методы профилактики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Виноградов О.И. Лакунарный инфаркт головного мозга: патогенетические подтипы, диагностика, медикаментозная и хирургическая профилактика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2011. - 48 с.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в РФ: время активных совместных действий // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2007. - № 8. - С. 4-10..
3. Самохвалова Е.В., Фонякин А.В., Гераскина Л.А. Ишемический инсульт и вариабельность ритма сердца // Креативная кардиология. - 2008. - №1. - С. 93-103.
4. Скворцова В.И. Инсульт.- М. : Качество жизни, 2006. - 78 с.
5. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 352 с.
6. George M.G., Tong X., Bowman B.A. Prevalence of Cardiovascular Risk Factors and Strokes in Younger Adults // JAMA Neurology. 2017. Vol. 74 (6). P. 695-703.
7. Kyaw T, Toh B.H., Bobik A. Evolving BAFF targeted therapies for preventing acute myocardial infarctions and ischemic strokes. // Expert Opin Ther Targets. 2020 Jan;24(1):7-12. doi: 10.1080/14728222.2020.1708325. Epub 2020 Jan 15. PMID: 31939689.].
8. RaitaY, Camargo C.A.Jr., FaridiM.K., Brown D.F.M. Risk of Acute Myocardial Infarction and Ischemic Stroke in Patients with Asthma Exacerbation: A Population-Based, Self-Controlled Case Series Study. // J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 Jan;8(1):188-194.e8. doi: 10.1016/j.jaip.2019.06.043. Epub 2019 Jul 16. PMID: 31323338.