



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Назира А. Ходжаева

Исследователь

Бухарский филиал РНЦЭМП

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.10350158>

ARTICLE INFO

Received: 05th December 2023

Accepted: 10th December 2023

Online: 11th December 2023

KEY WORDS

Ишемический инсульт,
ишемическая болезнь сердца.

ABSTRACT

При исследовании особенностей клинической картины ишемического инсульта в зависимости от наличия сердечной патологии у 182 пациента (95 женщин и 87 мужчин) в возрасте от 41 до 79 лет в острейшем и остром периодах ишемического инсульта (ИИ) в бассейне средней мозговой артерии (СМА), было выявлено, что общемозговая и очаговая симптоматика инсульта была более выраженной, а общее состояние чаще было тяжелым у пациентов с ИБС, особенно у лиц женского пола.

Актуальность исследования: Проблема церебрального ишемического инсульта (ИИ) стоит очень остро в связи со значительной частотой его развития, высоким процентом инвалидизации и смертности [2,3]. В мире ежегодно у 6 миллионов человек происходит инсульт [8,9]. Среди причин развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), согласно концепции патогенетической гетерогенности ИИ, патология сердца занимает одно из ведущих мест. При кардиогенных причинах развития инсульта в его течении и прогнозе наряду с неврологической симптоматикой особую роль играют экстрацеребральные осложнения и состояния [1,5]. От 2 до 6% больных умирают по кардиальной причине в первые 3 месяца после острого ИИ [6]. Сложность диагностики в случае сочетания инсульта и сердечной патологии связана с превалированием чаще церебральной симптоматики.

Успех при данном виде патологии у пациентов с сочетанным поражением коронарного и каротидного бассейнов зависит от рационального использования современных методов диагностики со стратификацией факторов риска, что позволяет выбрать оптимальную тактику лечения и профилактики мозговых и кардиальных осложнений [4,7]. Крайне важным является своевременное распознавание случаев сочетания инсульта и ИМ, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований.

Цель исследования. Выявить особенности клинической картины ишемического инсульта в сочетании с ишемической болезнью сердца с учетом гендерных различий.

Материалы и методы: Исследования проводились на базе неврологического отделения Бухарского филиала РНЦЭМП. Всего было исследовано 182 пациента (95 женщин и 87 мужчин) в возрасте от 41 до 79 лет в острейшем и остром периодах

ишемического инсульта (ИИ) в бассейне средней мозговой артерии (СМА). Пациенты отбирались в течение 5 лет. Критериями отбора были: 1) больные с ишемическим инсультом в сочетании с ИБС (основная группа – ОГ); 2) лица с ишемическим инсультом без ИБС (группа сравнения – ГС).

Из 182 обследованных 115 пациентов составили ОГ с ИИ и ИБС, средний возраст – $69,2 \pm 5,1$ года. В ГС вошли 67 человек с ИИ без ИБС, средний возраст – $58,4 \pm 6,5$ года. В основной группе наблюдались 63 женщины (54,8%) и 52 мужчин (45,2%). Средний возраст мужчин – $65,3 \pm 7,6$ года, женщин – $71,3 \pm 6,1$ года. В группе сравнения и в основной группе средний возраст мужчин и женщин был соответственно: $67,1 \pm 6,2$ года и $69,0 \pm 4,3$ года (рис.1).

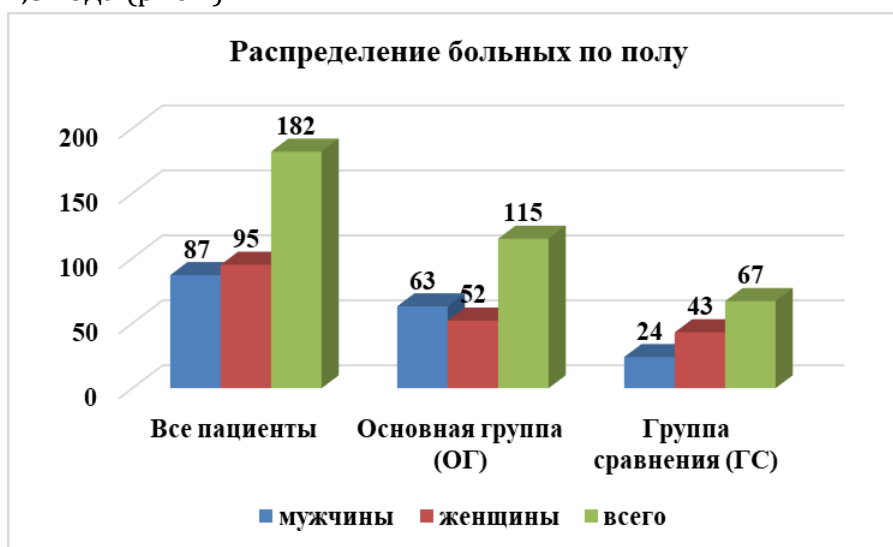


Рисунок. 1. Распределение пациентов по полу.

Помимо исследований неврологического статуса и рутинных методов исследования (общий и биохимический анализы крови, компьютерная томография головного мозга, ультразвуковое дуплексное сканирование брахицефальных сосудов), с помощью которых было установлено наличие очага ИИ. Для объективизации неврологического дефицита, тяжести состояния использовались балльная шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) (Brott T., 1989), модифицированная шкала Рэнкина (The Modified Rankin Scale) (Rankin J., 1957), индекс мобильности Ривермид (Rivermead mobility index) (Collen F. M., 1991), шкала комы Глазго.

При парном сравнении групп пациентов применялся непараметрический критерий Mann-Whitney U-test. Различия считались достоверными при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$. Результаты представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm s$).

Результаты: Изучение клинической картины больных ОГ включало исследование субъективной и объективной симптоматики в сравнении с таковой у лиц ГС. Больные ОГ при поступлении чаще (53,0%) предъявляли жалобы на слабость в руке и/или ноге, причем чаще это были мужчины. Вторым по частоте являлось нарушение речи – 42,6%. 39 (33,9%) пациентов ОГ не предъявляли жалобы из-за тяжести состояния, угнетения сознания, афазии или анозогнозии. В ГС слабость в руке и ноге



была также ведущей жалобой (41,8%), нарушение речи также занимало второе место по частоте (40,3%). В этой группе было всего 5 больных (11,6%), которые не могли предъявлять жалобы из-за своего состояния ($p < 0,01$) (табл.2).

На боли в области сердца жаловались только 8 пациентов ОГ (12,7%), остальные или не испытывали боли или не могли сообщить об этом из-за своего состояния. У больных ГС жалобы на боли в сердце были редки – в 13,4% случаев, они чаще жаловались на головную боль (40,3%). В ОГ головная боль беспокоила 25 женщин (39,7%) и 19 мужчин (36,5%), т. е. в целом встречалась также, чем в ГС.

Таблица 1. Жалобы больных основной группы.

Основная группа, жалобы:	Женщины (n = 95)		Мужчины (n = 87)		Всего (n = 115)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Головная боль	25	39,7%	19	36,5%	44	38,3%
Общая слабость	13	20,6%	14	26,9%	27	23,5%
Боль в груди	8	12,7%	9	17,3%	17	14,8%
Слабость в руке и ноге	29	46,0%	32	61,5%*	61	53,0%
Нарушение чувствительности	8	12,7%	9	17,3%	17	14,8%
«Перекося» лица	20	31,7%	25	48,1%*	45	39,1%
Нарушения речи	25	39,7%	24	46,12%*	49	42,6%
Головокружение	3	4,8%	5	9,6%	8	7,0%
Нарушение координации	2	3,2%	4	7,7%	6	5,2%
Шаткость при ходьбе	2	3,2%	5	9,6%	7	6,1%
Тошнота, рвота	3	4,8%	4	7,7%	7	6,1%
Жалоб нет из-за состояния	26	41,3%	13	25%*	39	33,9%

Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,01$;

Более характерной жалобой для больных ОГ была общая слабость (23,5%), примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин (20,6–26,9%). Пациенты ГС жаловались на общую слабость в 25,4% случаев.

Асимметрия лица, которую больные называли «перекося», беспокоила 39,1% пациентов ОГ и статистически не отличалась от частоты этой жалобы в ГС (34,3%). На нарушение чувствительности жаловались пациенты обеих групп, несколько чаще в ГС, без достоверной разницы ($p < 0,5$), для мужчин и женщин ОГ эта жалоба была мало характерна.

Нарушение координации, головокружение и шаткость при ходьбе также не были характерны для пациентов ОГ. Пациенты мужского пола ОГ отмечали головокружение чаще в сравнении с пациентами женского пола (см. табл. 1).

Таблица 2. Жалобы больных в группе сравнения.



Группа сравнения	Женщины (n = 43)		Мужчины (n = 24)		Всего (n = 67)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
жалобы:						
Головная боль	17	39,5%	10	41,7%	27	40,3%
Общая слабость	12	27,9%	5	20,8%	17	25,4%
Боль в груди	5	11,6%	4	16,7%	9	13,4%
Слабость в руке и ноге	16	37,2%	12	50,0%	28	41,8%
Нарушение чувствительности	9	20,9%	5	20,8%	14	20,9%
«Перекося» лица	15	34,9%	8	33,3%	23	34,3%
Нарушения речи	16	37,2%	11	45,8% *	27	40,3%
Головокружение	3	7,0%	4	16,7% *	7	10,4%
Нарушение координации	3	7,0%	4	16,7% *	7	10,4%
Шаткость при ходьбе	3	7,0%	6	25% *	9	13,4%
Тошнота, рвота	1	2,3%	2	8,3%	3	4,5%
Жалоб нет из-за состояния	5	11,6%	3	12,5%	8	11,9%

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,01$;*

В обеих группах в целом тяжелое состояние чаще было у женщин (75,4%), чем у мужчин (46,0%) ($p < 0,01$). 40,8% больных ОГ поступили в стационар с нарушением сознания: оглушение встречалось у 29 пациентов (25,2%), сопор – у 12 (10,4%), кома – у 6 (5,2%). При этом у женщин сопор и кома наблюдались несколько чаще – 17 больных (14,8%), чем у мужчин – 12 (10,4%) (недостаточно, $p < 0,2$). Основная масса пациентов ГС при поступлении не имели нарушения сознания. Психомоторное возбуждение встречалось у 14 (12,2%) больных ОГ: у 8 женщин и у 6 мужчин. Геморрагическая трансформация ИИ произошла у 8 больных ОГ (6,9%) и у 3 пациентов ГС (4,5%). Статистически чаще геморрагическая трансформация встречалась у мужчин ОГ: 18,5% против 2,2% – у женщин ($p < 0,05$).

Очаговая симптоматика у больных обеих групп была преимущественно полушарной и свидетельствовала о поражении коры и подкорковой области. У пациентов ОГ наиболее часто встречался центральный парез мимической мускулатуры (84,3%). На втором месте – анизорефлексия (78,3%), на третьем – патологические пирамидные рефлексы (62,1%), то и другое было проявлением центрального гемипареза или гемиплегии. Гемиплегия, как наиболее тяжелое проявление поражения двигательной сферы, в ОГ встречалась статистически достоверно чаще, чем легкий ($p < 0,01$) или умеренный гемипарез ($p < 0,01$). В ГС, наоборот, преобладал легкий гемипарез ($p < 0,01$) (рис. 2,3).

Статистически достоверных различий между группами по частоте анизорефлексии установлено не было, но патологические пирамидные знаки чаще ($p < 0,01$) встречались в ОГ (рис.2).



Рисунок 2. Очаговая неврологическая симптоматика у больных основной группы (%).

У пациентов ОГ достоверно наблюдался центральный парез мышц языка, особенно у женщин ($p < 0,05$), и парез зрения, свидетельствующий об обширности очага и тяжести инсульта ($p < 0,001$). В ГС был лишь один пациент с парезом зрения.

На втором месте по частоте после двигательных расстройств у больных обеих групп стояли нарушения речи, причем афазия встречалась примерно с одинаковой частотой, а дизартрия преобладала в ГС ($p < 0,05$). В обеих группах афазия чаще встречалась у женщин, а дизартрия – у мужчин без достоверной разницы (рис.2,3).

Чувствительные расстройства в виде геманестезии выявлены несколько чаще (без достоверной разницы) у женщин ОГ (47,6%).



Рисунок 3. Очаговая неврологическая симптоматика у больных группы сравнения (%).

При сопоставлении очаговой неврологической симптоматики в гендерном аспекте установлено, что у женщин ОГ статистически достоверно чаще, чем у мужчин, встречалась совокупность симптомов: парез зрения, языка, афа-зия, гемиплегия и гемианестезия, что может свидетельствовать о большей тяжести инсульта и обширности поражения. При учете суммарной частоты тяжелых двигательных нарушений, таких как гемиплегия, получено статистически достоверное их преобладание у женщин ОГ (27,0% против 21,8% у мужчин, $p < 0,001$). Значительно реже у больных ОГ встречались такие симптомы поражения как дисфагия (9,7%), нистагм (6,9%), анизокория (5,6%), диплопия (2,7%), гемианопсия (1,4%), что не имело достоверных отличий от таковых в ГС.

Таким образом, анализ клинических проявлений у больных с ИИ показал, что общемозговая и очаговая симптоматика инсульта была более выраженной, а общее состояние чаще было тяжелым у пациентов с ИБС, особенно у лиц женского пола.

References:

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Инсульт. Прил. к журн. неврол. и психиатр. – 2003. – Т. 8. – С. 4-9.
2. Добрынина Л.А., Калашникова Л.А., Павлова Л.Н. Ишемический инсульт в молодом возрасте // Журнал неврол и психиатр. – 2011. – Т. 111(3). – С. 4-8.
3. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика // Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 288 с.



4. Инсульт: руководство для врачей // Под ред. Л.В. Стаховской, С.В. Котова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2014. – 400 с.
5. Инсульт: современные подходы диагностики, лечения и профилактики. Методические рекомендации // Под ред. В.И. Данилова, Д.Р. Хасановой. – М.: Гэотар, 2014. – 238 с.
6. Стаховская Л.В., Клочихина О.А., Богатырева М.Д. и соавт. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009-2010) // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 5. – С.4-10.
7. Aboyans V., Ricco J.B., Bartelink M.E.L. et al. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS) // Eur J Vasc Endovasc Surg. – 2017. – pii: S1078-5884(17)30454-9.
8. Chen P.H., Gao S., Wang Y.J. et al. Classifying ischemic stroke, from TOAST to CISS // CNS NeurosciTher. 2012 Jun;18(6):452-6.
9. Easton J.D., Saver J.L., Albers G.W., et al. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals // Stroke. – 2009. – Vol. 40(6). – P. 2276-93.