

ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЯМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Макаров Александр Александрович, студент ЛД 601/1

Научный рук: к.м.н., доцент Матвеев А.С.

Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета

им. М.К. Аммосова, Якутск

CEREBROCARDIAL SYNDROME IN PATIENTS WITH ACUTE DISORDERS OF CEREBRAL CIRCULATION

Makarov Alexander Alexandrovich, student LD 601/1

Supervisor: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Matveev A.S.

Medical institute North-Eastern Federal University of M. K. Ammosov, Yakutsk

Представления о взаимосвязи кардиальной и церебральной патологии постоянно расширяются и уточняются [1, 6]. 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 [2, 3].

Развитие цереброкардиального синдрома негативно влияет на течение и исход ОНМК, а также создает угрозу жизни больного из-за возможности внезапной кардиальной смерти вследствие асистолии [4].

Диагностика цереброкардиального синдрома на основании данных только одной электрокардиографии, является недостаточной [1, 2, 5], так как не учитываются изменения регуляции сердца, вызываемые инсультом. ЭКГ не позволяет с уверенностью определить природу изменений в сердечной мышце при различной экстракардиальной патологии [6].

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

Материалы и методы: Материалом настоящей работы являются результаты ретроспективного и проспективного исследований, анализа, динамического наблюдения, обследования и лечения 1219 больных, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения Регионарного сосудистого центра (ОРИТ ОНМК РСЦ) Республиканской больницы №2 – Центра экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) за период с 01 января по 31 декабря 2018 г.

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).

Пациентов с ишемическим инсультом – 681 (55,9%), с геморрагическими формами инсультов (внутримозговая гематома, субарахноидальное кровоизлияние и субарахноидальное кровоизлияние, осложненное внутримозговой гематомой) – 267 (21,9%), больных с транзиторно-ишемическими атаками (ТИА) – 271 (22,2% от общего количества больных).

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).

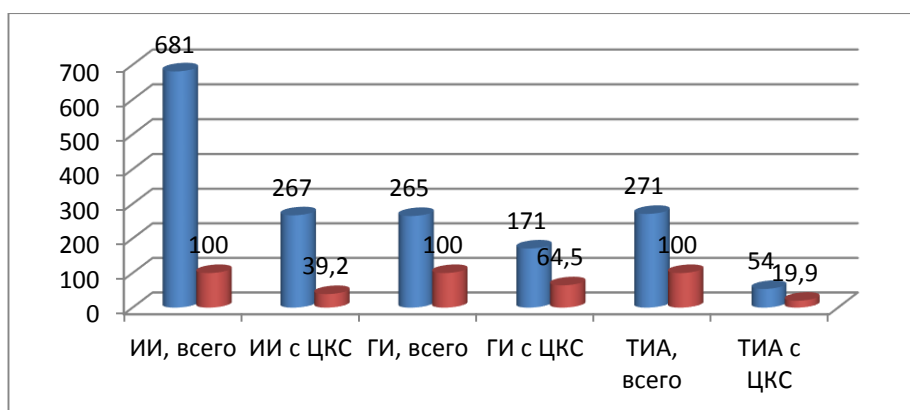


Рис.1. Показатели цереброкардиального синдрома в зависимости вариантов ОНМК

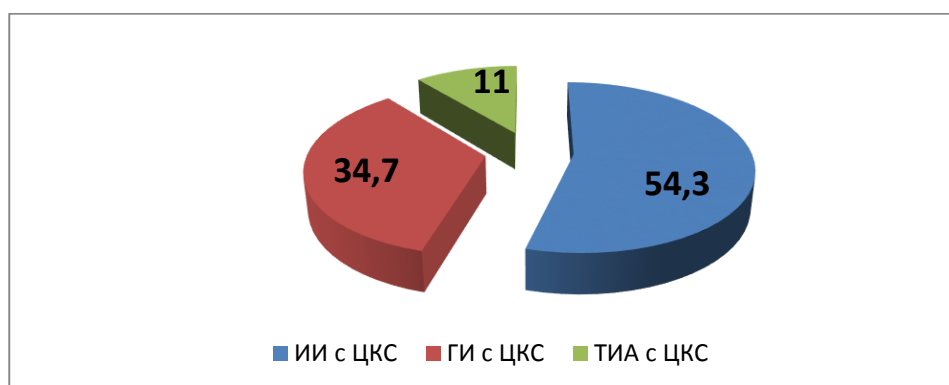


Рис.2. Процентное соотношения в зависимости от варианта ОНМК

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).

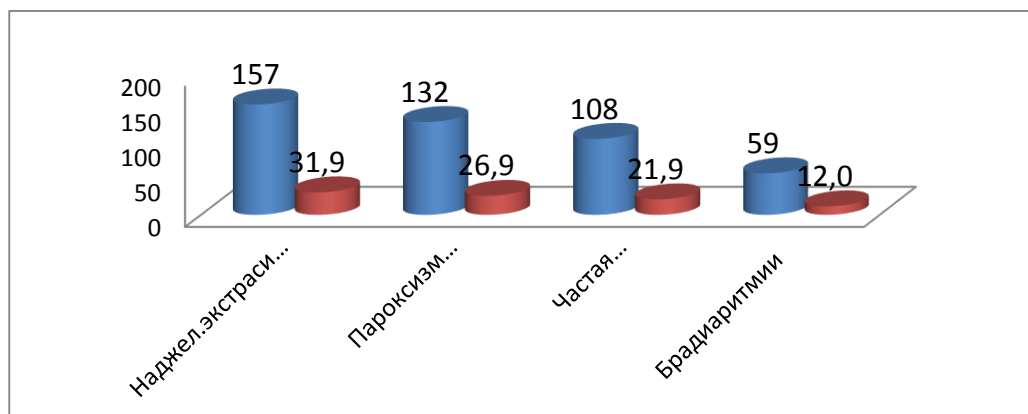


Рис.3. Нарушения ритма сердца при ЦКС

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).

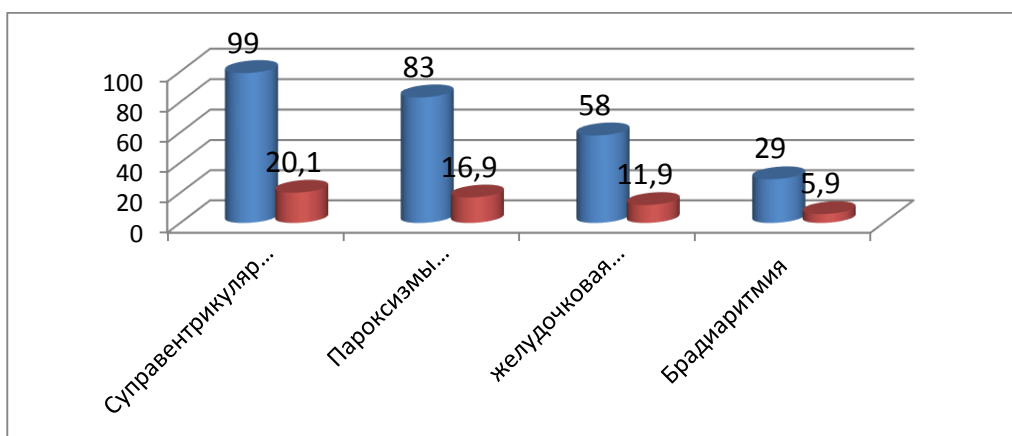


Рис. 4. Нарушения ритма сердца в динамике через 3 недели

Нами отмечена отчетливая связь между размером поражения мозга и кардиальными аритмиями. Так, в острейшем периоде инсульта одиночные и парные наджелудочковые аритмии, частые желудочковые экстрасистолы, 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.

Определены ЭКГ-критерии оценки тяжести мозговой патологии:

1.Лёгкая степень (n=157; 31,9%)- продолжительность ЭКГ изменений 1-2 дня (ЭКГ-изменения отсутствуют или проявляются умеренной синусовой тахи- или брадикардией, единичными экстрасистолами, умеренной депрессией зубца Т или сегмента ST);

2.Средняя степень (n=309; 62,8%) - продолжительность до 6-7 дней (явные признаки ишемии миокарда в определённых зонах: отрицательный зубец Т, депрессия или подъём сегмента ST более 1 мм; отмечаются кратковременные пароксизмы фибрилляции предсердий или тахикардии);

3Тяжёлая (n=26; 5,3%) - продолжительность 15-20 дней и более (частая экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия и мерцание предсердий, фибрилляция желудочков, комбинированные нарушения ритма, признаки инфаркта миокарда).

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. – 1994. – № 2. – С. 10-14.
2. Долгов А.М. Цереброкардиальный синдром при ишемическом инсульте (ч.2) // Вестник интенсивной терапии. – 1995. – № 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, 1991г.