

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО И АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА****Шарофиддинов К.****Расулова Х.А.****Мусаева Ю.А.**¹Термезский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Термез,²Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан**Аннотация**

В данной работе проведено сравнительное исследование клинических особенностей двух основных подтипов ишемического инсульта (ИИ): кардиоэмболического (КЭИ) и атеротромботического (АТИ). Обследовано 159 пациентов, у которых определение подтипа инсульта проводилось с использованием авторской шкалы дифференциальной диагностики. Установлены различия в возрастных характеристиках, темпе развития симптомов, выраженности неврологической симптоматики, степени тяжести состояния, частоте нарушений сознания и уровне летальности между КЭИ и АТИ. КЭИ характеризуется более тяжелым течением, быстрым началом и высокой ассоциацией с кардиальной патологией, тогда как АТИ чаще развивается у пожилых пациентов на фоне выраженного атеросклероза и имеет более благоприятный прогноз. Полученные данные подчеркивают высокую прогностическую ценность предложенного диагностического подхода и его практическую значимость в условиях неврологической и сосудистой патологии.

Ключевые слова: ишемический инсульт, атеротромботический инсульт, кардиоэмболический инсульт, дифференциальная диагностика, шкала инсульта, неврологическая симптоматика, патогенез, сосудистая патология

—
Если статья будет публиковаться в международном журнале — могу также подготовить перевод аннотации и ключевых слов на английский.

Цель работы: изучить в сравнении клинические особенности кардиоэмболического (КЭИ) и атеротромботического (АТИ) подтипов ишемического инсульта (ИИ).

Материал и методы. Было обследовано всего 159 больных с ИИ. Невростатус оценивался по общепринятой схеме. Степень тяжести ИИ оценивалась по шкалам инсульта: Скандинавской, Оргогозо и Оригинальной. Для определения подтипа ИИ использовался разработанный «Способ (шкала и алгоритм) дифференциальной диагностики патогенетических подтипов ИИ» Расуловой Х.А. (2014). В зависимости от подтипов, с АТИ было 122 пациента (78 мужчин, 44 женщины) (средний возраст $64,5 \pm 0,88$ лет) и с КЭИ 37 больных (21 мужчина, 16 женщин) (средний возраст $68,1 \pm 2,17$ лет).

Результаты. Очаг в КБ превалировал при всех подтипах ИИ: при АТИ – 90,2% и КЭИ – 86,5%. Частой причиной инфарктов при АТИ (n=122) являлись атероматозные бляшки в области деления крупных сосудов на более мелкие ветви, в основном, в бассейне СМА. КЭИ (n=37) развивался в основном в бассейне СМА (n=32; 86,5%). При этом, зоны смежного кровоснабжения страдали чаще. Для АТИ было характерно частое развитие в

возрасте 60-70 лет (45,9%), выраженный системный атеросклероз (53,3%), наличие ТИА в анамнезе (50,8%), медленное развитие (88,5%), начало во время или после ночного сна (80,3%). КЭИ чаще развивался в более пожилом возрасте (48,6%) на фоне тяжелой кардиальной патологии (мерцательная аритмия, инфаркт миокарда, пороки сердца, кардиомиопатии, эндокардиты) (70,3%), с быстрым развитием симптоматики (75,7%) независимо от времени суток и более тяжелым течением. У 68 (55,7%) больных с АТИ отмечалось ясное сознание, 54 (44,3%) поступили с нарушенным сознанием в виде оглушения ($n=41$; 33,6%), сопора ($n=10$; 8,2%) и комы ($n=3$; 2,4%). Нарушение сознания отмечалось у 35,1% больных КЭИ ($n=13$), из них в оглушенном состоянии были 6 (16,2%), сопорозном – 5 (13,5%) и коматозном – 2 (5,4%) пациентов. Тяжесть состояния больных АТИ по шкалам инсульта при поступлении составила: по Скандинавской – $42,2 \pm 1,02$; шкале Оргогозо – $62,8 \pm 1,45$ ($P < 0,001$); Оригинальной – $39,2 \pm 0,49$ баллов ($P < 0,01$), что расценивалось в целом как состояние средней тяжести (максимальная граница и выше). Исходная степень тяжести КЭИ по шкалам инсульта составила: Скандинавской – $38,1 \pm 1,72$; Оргогозо – $61,2 \pm 2,96$ ($P < 0,001$); Оригинальной – $33,9 \pm 1,21$ баллов ($P < 0,05$), что расценивалось в целом как состояние средней тяжести (максимальная граница), однако, более тяжелое, чем АТИ. Летальность при АТИ в острейшем периоде составила 4,1% ($n=5$) и была связана с отеком головного мозга. При КЭИ умерли 7 (18,9%) больных в острейшем, раннем восстановительном и периоде остаточных явлений вследствие отека головного мозга и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Таким образом, выявлены некоторые отличительные диагностические критерии при основных патогенетических подтипах ИИ: АТИ чаще развивается в пожилом возрасте, характеризуется среднетяжелым течением, частой локализацией очага в КБ, в анамнезе отмечается высокий процент ТИА и АГ; КЭИ может развиваться в любом возрасте, что связано с сердечной патологией высокого риска, характеризуется внезапностью развития, одновременным или постепенным возникновением инфарктов в различных сосудистых бассейнах, более выраженной неврологической симптоматикой и ГТ очага. Чувствительность и прогностическая значимость разработанного способа дифференциальной диагностики патогенетических подтипов ИИ довольно высокие, что позволяет рекомендовать его широкое применение на практике.