

Նախակլինիկական նախասրտերի ֆիբրիլյացիա և գլխուղեղի իշեմիկ կաթված

Վ.Գ. Հակոբջանյան

*«Գյումրի» ԲԿ, սրտաբանական բաժանմունք
3103, ք. Գյումրի, Գ. Նժդեհի 3/3*

Բանալի բառեր. նախակլինիկական, կաթված, կարդիոէմբոլիկ, նախասրտերի ֆիբրիլյացիա, հակակոագուլյանտներ

Ներածություն

Նախասրտերի ֆիբրիլյացիան (ՆՖ) կարող է լինել ասիմպտոմատիկ և հետևաբար՝ նախակլինիկական: Համաճարակաբանական հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ բազմաթիվ բուժառուներ, ովքեր անցել են ԷՍԳ սրբինից, նախկինում չեն ունեցել ախտորոշված ՆՖ: Փաստագրված գլխուղեղի կաթվածների գրեթե 15%-ը վերաբերում է ՆՖ-ին, իսկ 50-60%-ը՝ ուղեղանոթային հիվանդություններին: սակայն իշեմիկ կաթված ստացած բուժառուների 25%-ի մոտ պատճառային գործոնները չեն հայտնաբերվել: Նախակլինիկական ՆՖ-ն հաճախակի նշվում է որպես պատճառ այս խմբի կաթված ստացած բուժառուների շրջանում: Այնուամենայնիվ, նախակլինիկական ՆՖ-ի տարածվածությունը և կանխատեսումը դժվար է գնահատել[1]:

Նախակլինիկական ՆՖ եզրույթն օգտագործվում է ՆՖ-ի անցողիկ ձևերի դեպքում, երբ սովորական էլեկտրասրտագրության (ԷՍԳ) հետազոտությամբ այն բացակայում է և ախտորոշվում է միայն ԷՍԳ շուրջօրյա մշտադիտարկման (Հոլտեր) սարքերի օգնությամբ: Ենթադրվում է, որ այս դրվագները համեմատաբար կարճ տևողություն ունեն: ՆՖ-ն հաճախ հանդիպող առիթմիաներից մեկն է կլինիկական գործունեության մեջ և հիմնական պատճառն է թրոմբոէմբոլիկ հիվանդությունների, մասնավորապես գլխուղեղի կաթվածի: ՆՖ-ի վաղ բուժումը կարևոր է համարվում գլխուղեղի կաթվածի կանխարգելման համար: Մինչև 20% դեպքերում ՆՖ-ի սկզբնական դրսևորումը կարող է լինել գլխուղեղի կաթվածը [2]:

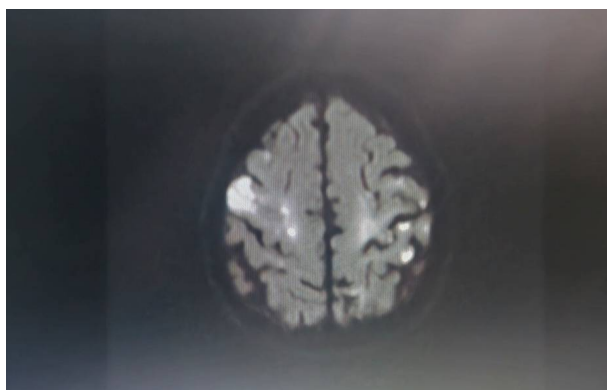
Նյութը և մեթոդները

Այս հետազոտության նպատակն է պարզել նախակլինիկական ՆՖ-ի դերը գլխուղեղի կարդիոէմբոլիկ կաթվածների դեպքում:

Հետազոտությունը տևել է 6 ամիս, աղյուսակ 1-ում տեսանելի են հետազոտության մասնակից բուժառուների խմբերը՝ ըստ բաժանման տվյալների: Հետազոտության մեջ ընդգրկված են եղել 100 բուժառու, ≥ 65 տարեկան: Բոլոր բուժառուներին կատարվել է՝

- Էխոսրտագրություն (ԷխոՄԳ):
- Գլխուղեղի մագնիսառեզոնանսային շերտագրում (ՄՌՏ): Նկ. 1-ում տեսանելի է բազմաօջախային կարդիոէմբոլիկ ծագման կեղևային կաթվածի պատկերը:
- Հոլտերային մշտադիտարկում (Հոլտեր մոնիթորինգ *եզրակացություն. սինուսային ռիթմը պահպանված է, 49 հատ միայնակ վերփորոքային էքստրասիստոլաներ, նախասրտերի շողացման (ՆՇ) 2 կարճ էպիզոդ, 13189 հատ միայնակ փորոքային էքստրասիստոլաներ, 104 հատ զույգ փորոքային էքստրասիստոլաներ, 221 տրիգեմինիայի էպիզոդ, 34 բիգիմինիայի էպիզոդ* անցած բուժառուի մոտ առկա է ՆՖ-ի կարճատև էպիզոդ, այս բուժառուի մոտ ախտորոշված է եղել գլխուղեղի կարդիոէմբոլիկ կաթված):
- Բուժառուները բաժանվել են երկու խմբի՝
 1. **1-ին խումբ**՝ 50 բուժառու նախակլինիկական նախասրտերի ֆիբրիլյացիայով:
 2. **2-րդ խումբ**՝ 50 բուժառու մշտական ձևի ՆՖ-ով:

Մշտական ՆՖ-ով բոլոր բուժառուները ստացել են հակակոագուլյանտ թերապիա:



Նկար 1. Տեսանելի է գլխուղեղի ՄՌՏ պատկերը, բազմաօջախային կարդիոէմբոլիկ ծագման կեղևային կաթված

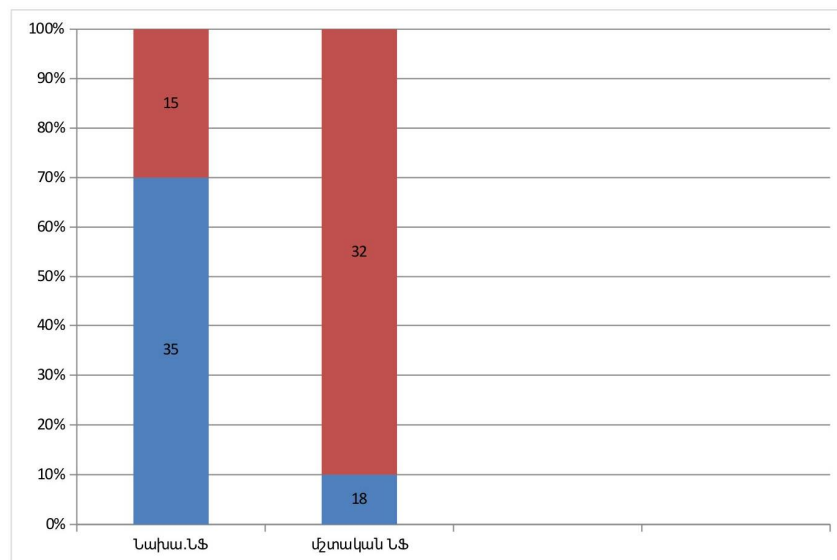
Աղյուսակ

Տեսանելի են հետազոտության մասնակից բուժառուների՝ ըստ խմբերի
բաժանման տվյալները:

Ենթակլինիկական ՆՇ		Մշտական ՆՇ
Կին	15	15
Տղամարդ	20	20
Ծխող	15	15
Տարիք	≥65	≥65
Էխոսգ	ՁՆ ≥40	ՁՆ ≥40
ՄՀ	I	I

Արդյունքները և քննարկումը

Ըստ հոլտերային մշտադիտարկման տվյալների՝ 50 բուժառուի շրջանում հայտնաբերվել է նախակլինիկական ՆՖ՝ 10-20 րոպե տևողությամբ, հիմնականում գիշերային ժամերին: Նկար 2-ում պատկերված է բուժառուների թիվը ըստ նախակլինիկական ՆՖ-ի և մշտական ՆՖ-ի:



Նկար 2. Պատկերված է բուժառուների թիվը ըստ նախակլինիկական ՆՖ-ի և մշտական ՆՖ-ի

Այս խմբում 35 բուժառուի մոտ հայտնաբերվել է գլխուղեղի կարդիոէմբոլիկ ծագման կաթված՝ տարբեր տեղակայության, մնացած 15 բուժառուի մոտ չի հայտնաբերվել գլխուղեղի կաթված: ՆՖ-ի մշտական ձևի խմբում հայտնաբերվել է 18 բուժառու՝ գլխուղեղի կարդիոէմբոլիկ ծագման կաթվածով, մնացած 32 բուժառուի մոտ չի հայտնաբերվել գլխուղեղի կաթված, և շարունակվել է հակակոագուլյանտների օգտագործումը ($p < 0.03$):

Եզրակացություն

Չնայած բազմաթիվ հետազոտություններ փաստում են, որ ՆՖ-ի մշտական ձևը գլխուղեղի կարդիոէմբոլիկ կաթվածի ռիսկի մեծ գործոն է, այնուամենայնիվ, ինչպես ցույց տվեց մեր հետազոտությունը, նախակլինիկական ՆՖ ունեցող բուժառուներն ավելի հաճախ են կարդիոէմբոլիկ կաթված ստանում, քան մշտական ՆՖ-ով և հակամակարդիչ դեղորայքային թերապիա ստացող բուժառուները:

Ընդունված է 27.04.26

Субклиническая фибрилляция предсердий и ишемический инсульт головного мозга

В.Г. Акобджанян

Цель исследования – изучить роль субклинической фибрилляции предсердий (ФП) в развитии кардиоэмболического инсульта.

Исследование проводилось в течение 6 месяцев. В нем приняли участие 100 пациентов в возрасте ≥ 65 лет. Всем участникам были выполнены: эхокардиография, холтеровское мониторирование, ЭКГ и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Пациенты были разделены на две группы:

- 1-я группа: 50 человек с субклинической формой ФП.
- 2-я группа: 50 человек с постоянной (перманентной) формой ФП.

Все пациенты с постоянной формой ФП получали антикоагулянтную терапию.

Несмотря на то, что перманентная форма ФП традиционно считается основным фактором риска кардиоэмболического инсульта, результаты нашего исследования показывают, что субклиническая форма ФП также сопряжена с высоким риском развития данного осложнения.

Subclinical Atrial Fibrillation and Ischemic Stroke

V.G. Hakobjanyan

The aim of this study is to investigate the role of subclinical atrial fibrillation (AF) in the development of cardioembolic stroke.

This 6-month study included 100 patients aged ≥ 65 years. All patients underwent echocardiography, Holter monitoring, and magnetic resonance imaging (MRI) of the brain. The participants were divided into two groups:

- Group 1: 50 patients with subclinical atrial fibrillation.
- Group 2: 50 patients with permanent atrial fibrillation.

All patients with the permanent form of AF were receiving anticoagulant therapy.

Although many studies identify permanent AF as the primary risk factor for cardioembolic stroke, our findings indicate that the subclinical form of AF is also associated with a high risk of cardioembolic stroke.

Գրականություն

1. *Subclinical Atrial Fibrillation and the Risk of Stroke.* Jeff S. Healey, M.D., Stuart J. Connolly, M.D., Michael R. Gold, M.D., Carsten W. Israel, M.D., Isabelle C. Van Gelder, M.D., Alessandro Capucci, M.D., C.P. Lau, M.D., Eric Fain, M.D., Sean Yang, M.Sc., Christophe Bailleul, M.D., Carlos A. Morillo, M.D., Mark Carlson, M.D., Ellison Themeles, M.Sc., Elizabeth S. Kaufman, M.D., and Stefan H. Hohnloser, M.D., for the ASSERT Investigators* This article was updated on February 22, 2016, at NEJM.org. *N Engl J Med* 2012;366:120-9.
2. *Subclinical Atrial Fibrillation and Risk of Stroke: Past, Present and Future* Ahmed AlTurki 1,*, Mariam Marafi 2, Vincenzo Russo 3, Riccardo Proietti 4 and Vidal Essebag 1,5 1 Division of Cardiology, McGill University Health Center, Montreal, QC H3G1A4, Canada; vidal.essebag@mcgill.ca 2 Department of Neurology and Neurosurgery, Montreal Neurological Institute, Montreal, QC H3A2B4, Canada; mariamarafie@gmail.com 3 Department of Medical Translational Sciences, University of Campania “Luigi Vanvitelli”—Monaldi Hospital, 80131 Naples, Italy; v.p.russo@libero.it 4 Department of Cardiac, Thoracic, and Vascular Sciences, University of Padua, 35121 Padua, Italy; riccardoproietti6@gmail.com 5 Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, Montreal, QC H4J1C5, Canada* Correspondence: ahmedalturkimd@gmail.com; Tel.: +1-514-934-1934; Fax: +1-514-934-8569