

## Факторы риска развития кардиоэмболического подтипа инсульта

К. М. Шарапова, Л. Б. Новикова, А. П. Аюбян, Р. Ф. Латыпова, Э. М. Колчина

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

**Актуальность.** Инсульт занимает ведущее место в структуре смертности и первое – по инвалидизации. Церебральная эмболия является патогенетической основой кардиоэмболического подтипа ишемического инсульта (КПИИ), которая составляет 30–40% всех случаев инсульта, характеризуется неблагоприятным жизненным и реабилитационным прогнозом.

**Цель работы.** Анализ факторов риска кардиоэмболического инсульта.

**Материалы и методы.** Проводился анализ факторов риска случаев КПИИ у больных, находившихся на лечении в региональном сосудистом центре города Уфы. Изучено 1294 истории болезни больных, из которых 440 (34%) перенесли КПИИ. Диагноз устанавливался на основании данных клинико-инструментального, лабораторного и нейровизуализационного обследований.

**Результаты.** Средний возраст больных составил 71,30 ± 0,56 года, среди них 258 (58,6%) женщин и 182 (41,4%) мужчин. Впервые перенесли инсульт 382 (87%) больных, повторно – 61 (14%). Локализация очага КПИИ в большинстве случаев была представлена в левом каротидном бассейне у 155 (35,2%) больных. В нашем исследовании факторами риска КПИИ явились: неклапанная фибрилляция предсердий (ФП) у 327 (74,3%) больных, митральная недостаточность у 173 (39,3%), глобальная патология движений стенки миокарда у 97 (22%), кальцификация митрального кольца у 92 (20,9%), механические протезы клапанов у 34 (7,7%), митральный стеноз у 19 (0,2%), синдром слабости синусового узла у 15 (3,4%), инфекционный эндокардит у 8 (1,8%), инфаркт миокарда менее 4 недель у 4 (0,9%), дилатационная кардиомиопатия у 4 (0,9%), миксома у 3 (0,7%), открытое овальное окно у 2 (0,5%) больных. Таким образом, основным фактором риска КПИИ являлась неклапанная ФП с преобладанием постоянной формы ФП у 246 (73,4%) больных. Протезирование митрального клапана у 15 (44,1%) больных проводилось по поводу ревматической болезни. Показатели коагулограммы у 259 (58,9%) больных свидетельствовали о гиперкоагуляции. Результаты оценки риска инсульта и тромбоэмболии по шкале CHA2DS2-VASc у больных с неклапанной ФП составили значения от 3 до 6 баллов. Все эти больные нуждались в терапии антикоагулянтами, однако приверженность к антикоагулянтной терапии остается низкой.

**Выводы.** Таким образом, учитывая, что неклапанная ФП – основной фактор риска кардиоэмболического подтипа ИИ, приоритетным направлением его первичной и вторичной профилактики является адекватная, систематическая антикоагулянтная терапия.

## Клинические варианты дневной сонливости при болезни Паркинсона

О. В. Яковлева<sup>1</sup>, М. Г. Полуэтов<sup>2</sup>, О. С. Левин<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва

<sup>2</sup>ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

**Актуальность.** Дневная сонливость (ДС) является распространенным симптомом болезни Паркинсона (БП). Развитие ДС может происходить по целому ряду причин, выявление которых затруднено.

**Цель работы.** Определить основные причины дневной сонливости (ДС) при болезни Паркинсона (БП).

**Материал и методы.** Обследовано 48 больных БП с жалобами на ДС. Средний возраст составил 64,6 ± 8,5 года, Соотношение мужчин и женщин – 32:16. Проведены клинико-неврологическое обследование, тестирование по Эпвортской шкале сонливости (ESS), шкале нарушений сна при БП (PDSS-2), Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS); ортостатическая проба. Сорока пациентам были проведены полисомнография (ПСГ) и множественный тест латентности сна (МТЛС).

**Результаты.** У 67,5% пациентов средняя латентность сна (СЛС) составила ≤ 8 минут, что подтверждает синдром гиперсомнии. У 32,5% СЛС составила более 10 минут (субъективная ДС). Были выявлены следующие причины развития гиперсомнии: ДС на фоне приема агонистов дофаминовых рецепторов (АДР); нарколептический синдром (3 пациента); синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Среди причин субъективной ДС были определены: ортостатическая/постпрандиальная гипотензия (ОГ/ПГ); аффективные нарушения (тревога/депрессия). ОГ была связана с развитием субъективной ДС и выявлялась только у одного пациента с СОАС ( $p < 0,0001$ ). У пациентов с СОАС был более высокий ИМТ ( $33,4 \pm 6,1$  кг/м<sup>2</sup>) в сравнении с другими пациентами ( $25,8 \pm 4,12$  кг/м<sup>2</sup>);  $p = 0,0127$ . Отличительной чертой пациентов с субъективной ДС на фоне аффективных нарушений был более высокий балл по субшкале «тревога» ( $9,8 \pm 0,8$  и  $6,3 \pm 3,4$  балла;  $p = 0,039$ ).

**Заключение.** ДС при БП может быть разделена на два клинических варианта: гиперсомнию и субъективную ДС. АДР являются причиной гиперсомнии у 42,5% пациентов, СОАС – у 17,5%, нарколептический синдром – у 7,5% пациентов. Субъективная ДС встречается у трети больных и может быть связана с ОГ/ПГ (20%) или аффективными нарушениями (12,5%). ОГ является предиктором субъективной ДС, в связи с чем ортостатическая проба должна использоваться при диагностике ДС. У пациентов с высоким ИМТ в первую очередь должен быть исключен СОАС как вероятная причина ДС. При поиске причины ДС у пациентов с БП необходимо учитывать, что клинически значимые тревога и депрессия также могут являться факторами ее развития.

**Для цитирования.** Тезисы молодых ученых, представленные к XVI Междисциплинарной конференции «Вейновские чтения» (27 февраля – 29 февраля 2020 г., г. Москва) // Медицинский алфавит. Серия «Неврология и психиатрия». – 2020. – Т. 1. – 1 (415). – С. 40–56.

