

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФЕНОТИПИРОВАНИЯ И ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

Бегларян Э. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Введение. Мозговой инсульт является одной из основных причин смертности и инвалидности во всем мире. Несмотря на значительные успехи в реабилитации пациентов после инсульта в Беларуси выход на инвалидность из-за патологии нервной системы, включая инсульт, занимает первое место. Мозговой инсульт представляет собой гетерогенный и полиэтиологичный патологический процесс. В связи с этим стратегии профилактики мозгового инсульта могут у разных пациентов различаться.

Цель. Улучшить способы выявления факторов риска и формирования направлений профилактики мозгового инсульта у пациентов, перенесших нетравматическое внутримозговое кровоизлияние (ВМК) или инфаркт мозга (ИМ).

Материалы и методы. Объектом исследования были 24 пациента трудоспособного возраста с ВМК или ИМ, проходивших стационарное лечение в неврологических отделениях г. Гродно с 1.10.2018 по 15.01.2019. При ретроспективном анализе использовали общепринятый перечень критериев факторов риска инсульта.

Для пациентов с ИМ применяли фенотипирование по системе ASCOD (А – атеросклероз, S – болезнь малых сосудов, С – заболевания сердца, О – другие причины, D – диссекция артерий). В отличие от традиционной классификации по этиопатогенетическим подтипам, фенотипирование по ASCOD фокусируется не только на ведущей причине инсульта, а определяет вклад нескольких факторов риска.

Приверженность лечению оценивали по шкале Мориски (MMAS-8). Тест состоит из 8-ми вопросов, баллы начисляются за каждый отрицательный ответ. По количеству баллов пациенты делятся на группы: высокой, средней и низкой приверженности.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных лиц (средний возраст 45 лет, 71% мужчин) было 5 пациентов с ВМК и 19 – с ИМ. Подтипы ИМ, в соответствии с клиническим диагнозом, были представлены следующим образом: атеротромботический – 10 пациентов (53%); кардиоэмболический – 2 (10%); лакунарный – 7 (37%). Подтипы ИМ, верифицированные с помощью ASCOD и клинического обследования: атеротромботический – 5 пациентов (28%); кардиоэмболический – 2 (10%); лакунарный – 5 (28%), другой выясненной этиологии – 1 (2%), невыясненной этиологии – 6 (33%). При фенотипировании 14 (78%) из 18 пациентов с ИМ имели минимум

1 выявленный, а значит основной в развитии конкретного ишемического события фактор.

По MMAS-8 высокую приверженность лечению имел 1 (4%) пациент, среднюю – 3 (12,5%), низкую – 12 (50%); у 9 пациентов (37,5%) оценить комплаенс не представилось возможным (длительно не обследовались, за исключением профилактических осмотров, и не получали назначений).

С помощью фенотипирования ASCOD и клинического обследования были выявлены ведущие факторы риска. Наиболее частые из них: отсутствие контроля АД – 20 пациентов (83%), дислипидемия с сопутствующими стенозами брахиоцефальных артерий (БЦА) или без них – 12 (50%). Способы их модификации, как основа персональной стратегии профилактики: корректная гипотензивная терапия и приверженность ей; выявление дислипидемии и стенозов БЦА, корректная гиполипидемическая терапия.

При этом у 7 (39%) пациентов было выявлено 2 и более критерия при фенотипировании ASCOD. Так же у 20(83%) пациентов выявлено 4 и более факторов риска из 11 критериев общепринятого перечня (4 критерия – 5 (25%) пациентов, 5 – 1 (5%), 6 – 7 (35%), 7 – 2 (10%), 8 – 5 (25%). Способы их модификации, как часть персональных стратегий профилактики: своевременное выявление состояний, приводящих к гиперкоагуляции, корректная терапия и приверженность ей; отказ от курения; снижение массы тела; своевременное выявление нарушения толерантности к углеводам, корректная терапия и приверженность ей; своевременное выявление возможных кардиогенных причин мозгового инсульта, корректная терапия и приверженность ей; активное динамическое наблюдение лиц перенесших мозговой инсульт и имеющих отягощенный наследственный анамнез, стресс-менеджмент.

Фактор риска	Вариант стратегии
Предшествующие эпизоды ОНМК	Целенаправленный поиск факторов риска ОНМК и их коррекция. Определение основных факторов риска, ставших причинами ОНМК (в том числе типирование по ASCOD).
Отягощённый наследственный анамнез	Выявление и динамическое наблюдение лиц с данным фактором риска. Целенаправленный поиск других факторов риска ОНМК.
Отсутствие контроля АД	Корректная терапия и приверженность ей. Целенаправленный поиск других факторов риска ОНМК.
Заболевания сердечно-сосудистой системы	Своевременное выявление возможных кардиогенных причин мозгового инсульта, корректная терапия и приверженность ей. Целенаправленный поиск других факторов риска ОНМК.
Ожирение	Снижение массы тела.

Фактор риска	Вариант стратегии
Табакокурение	Отказ от курения.
Отсутствие контроля гликемии	Повышение приверженности лечению. Своевременное выявление нарушения толерантности к углеводам. Корректная терапия и приверженность ей. Целенаправленный поиск других факторов риска ОНМК.
Гиперкоагуляция	Своевременное выявление состояний, приводящих к гиперкоагуляции. Корректная терапия и приверженность ей. Целенаправленный поиск других факторов риска ОНМК.
Дислипидемия	Корректная терапия и приверженность ей. Целенаправленный поиск других факторов риска ОНМК.
Стенозы прецеребральных артерий	Своевременное выявление (УЗИ БЦА). Реконструктивные хирургические операции (по показаниям). Целенаправленный поиск других факторов риска ОНМК.
Стресс	Стресс-менеджмент.

Выводы. Фенотипирование ИМ по системе ASCOD может быть использовано в период стационарного лечения для выявления наиболее значимых факторов риска и разработки персональных стратегий вторичной профилактики. MMAS-8 может быть использована для разработки персональных стратегий с учетом комплаенса. Персонализированные стратегии первичной и вторичной профилактики мозгового инсульта должны включать коррекцию или учет всех выявленных факторов риска. Основой персональной стратегии должна быть модификация ведущих факторов риска, если их определение возможно.