

ДИНАМИКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Олеся Владимировна Дементьева^{1*}, Наталья Леонидовна Старикова²

¹Городская клиническая больница №4, г. Пермь, Россия;

²Пермский государственный медицинский университет им. Е.А. Вагнера, г. Пермь, Россия

Реферат

DOI: 10.17750/КМЖ2015-1061

Цель. Оценить динамику нейропсихологического статуса пациентов на протяжении острого периода первого ишемического инсульта.

Методы. Обследованы 25 пациентов с ишемическим инсультом, средний возраст составил 65,72±12,49 года. Проводили нейропсихологическое обследование с применением краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA), шкалы депрессии Бека, шкалы тревожности Спилбергера, опросника копинг-стратегий Лазаруса. Все исследования проводили дважды: на 1-3-й день развития инсульта и на 19-21-й день.

Результаты. При поступлении наблюдалась лёгкая степень двигательных нарушений по шкале тяжести инсульта Национального института здоровья США (National Institute of Health Stroke Scale – NIHSS). К концу острого периода развивалась положительная динамика, показатель по шкале NIHSS уменьшился на 66,4%, также была отмечена значительная положительная динамика в отношении когнитивного статуса пациентов. Уровень депрессии в начале заболевания по опроснику Бека составлял в среднем 15,6 балла, у 2 пациентов выявлена депрессия тяжёлой степени. К концу острого периода симптомы депрессии регрессировали, в среднем уровень депрессии составил 11,1 балла. Реактивная тревожность при поступлении была низкой, личностная – высокой. Тревожность пациентов к концу острого периода либо осталась на прежнем уровне, либо незначительно снизилась. Обнаружены прямые корреляции степени неврологического дефицита по NIHSS и уровня депрессии по шкале Бека, уровня депрессии и уровня личностной тревожности. Выявлена обратная корреляция показателя когнитивного статуса по MMSE и уровня депрессии.

Вывод. К концу острого периода на фоне улучшения двигательной активности уменьшается уровень эмоциональных нарушений и улучшаются когнитивные функции пациентов.

Ключевые слова: инсульт, депрессия, тревога, копинг-стратегии.

NEUROLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL STATUS IN ACUTE STAGE OF ISCHEMIC STROKE

O.V. Dementeva¹, N.L. Starikova²

¹*Municipal Clinical Hospital №4, Perm, Russia;*

²*Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner, Perm, Russia*

Aim. Assess the changes of neurological and psychological status in patients with acute stage of the first ischemic stroke.

Methods. The study included 25 patients with ischemic stroke, the average age was 65.72±12.49 years. Neuropsychological examination was performed using a Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment scale (MoCA), Beck Depression Inventory, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, Lazarus Ways of Coping Questionnaire. All studies were performed twice on day 1-3 and on day 19-21 after the stroke.

Results. Mild motor dysfunction by National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) was registered at admission. By the end of the acute period, positive changes were registered: NIHSS score decreased by 66.4%, significant improvement in patient's cognitive status was seen. The average depression score by Beck Depression Inventory was 15.6 points, with severe depression diagnosed in 2 patients. By the end of the acute period, depressive symptoms regressed to the average level of 11.1 points. Reactive anxiety at admission was low, personal anxiety – high. By the end of the acute period anxiety remained at the same level or slightly reduced. Direct correlations of the neurological deficit degree by NIHSS and depression score by Beck Depression Inventory, as well as the later with personal anxiety level were revealed. Inverse correlation between the MMSE cognitive status and depression levels was discovered.

Conclusion. By the end of the acute period, the severity of emotional disorders decreases and cognitive function improves together with restoring motor activity.

Keywords: stroke, depression, anxiety, ways of coping.

Частота острых нарушений мозгового кровообращения значительно колеблется в разных регионах мира от 1 до 4 случаев на 1000 населения в год, значительно нарастая с увеличением возраста [1, 4]. Инсульт – не только одна из основных причин смерти (наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями), но часто и причина инвалидизации: более чем у 50% выживших не происходит восстановления бытовой независимости [2].

Традиционно в клинике инсульта основное внимание уделяют очаговому неврологическому

дефициту, связанному с физической инвалидизацией, прежде всего параличам. Между тем эмоциональные расстройства, возникающие у значительного числа пациентов после инсульта, оказывают на бытовую, социальную и профессиональную адаптацию едва ли не больший эффект, чем моторный дефицит [13, 18].

Общеизвестно, что снижение фона настроения с прогрессированием до депрессивных состояний разной степени выраженности – наиболее ранняя и частая реакция пациента на инсульт, независимо от стороны поражения. Период выписки из отделения и выхода характеризуется развитием субдепрессии [3]. Проявления постин-

сультной депрессии, по данным различных клинических исследований, присутствуют у 25–56% больных, переживших инсульт, а у 15–20% пациентов депрессия развивается в выраженной форме [7, 12, 15].

В результате исследования уровней депрессии у больных после впервые развившегося инсульта Т.Р. Žikič и соавт. [20] обнаружили более низкий реабилитационный потенциал у пациентов с депрессией по сравнению с группой без таковой. Есть данные о том, что наличие постинсультной депрессии — предиктор худшего прогноза в отношении реабилитации на сроке 1 год с момента развития инсульта [17]. Наличие депрессии значительно ухудшает качество жизни пациентов в различные сроки после инсульта [9, 11, 20], снижение качества жизни оказывается особенно выраженным в доменах «ролевое эмоциональное функционирование» и «социальные отношения» [20]. Успешное регулирование эмоциональных и когнитивных нарушений может привести к психологическому благополучию и социальному функционированию [10].

Немаловажную роль среди факторов, определяющих качество жизни и дальнейшую судьбу перенёсших инсульт, играют и копинг-стратегии пациентов [19]. Большое внимание уделяют таким выраженным формам постинсультного когнитивного дефицита, как деменция. Между тем, гораздо чаще встречаются более лёгкие формы постинсультных когнитивных нарушений, раннее выявление которых (и принятие соответствующих лечебных мер) может способствовать предупреждению дальнейшего нарастания когнитивного дефицита и улучшению прогноза восстановления [16]. В целом постинсультные когнитивные нарушения различной степени тяжести выявляют у 40–70% пациентов, перенёсших инсульт, в среднем — приблизительно у половины пациентов [8].

Когнитивный и эмоциональный статус пациентов неоднократно оценивали на протяжении длительного периода наблюдения, в частности на 3-й, 6-й, 9-й и 12-й месяцы после развития инсульта. Однако для прогнозирования функционального восстановления пациентов необходимо оценивать уровень депрессии не только при поступлении, но и на протяжении лечения пациентов в стационаре [14]. Вместе с тем, динамика двигательного, когнитивного и эмоционального статуса на протяжении острого периода первого ишемического инсульта остаётся недостаточно изученной.

На базе клиники неврологии проведено открытое проспективное исследование 25 пациентов (7 женщин и 18 мужчин) с ишемическим инсультом в возрасте от 42 до 87 лет. Средний возраст пациентов составил $65,72 \pm 12,49$ года.

Критериями включения пациентов в исследование были впервые развившийся ишемический инсульт, сохранность уровня сознания на момент проведения нейропсихологического исследования.

1062

Критерии исключения: повторный инсульт, ишемический инсульт с геморрагическим пропитыванием, геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, транзиторная ишемическая атака, выраженные речевые нарушения на момент нейропсихологического исследования, проведение системной тромболитической терапии, тяжёлая эндокринная патология в стадии декомпенсации, выраженные когнитивные нарушения.

Стандартизацию оценки неврологического статуса проводили с помощью шкалы инсульта Национального института здоровья (NIHSS — от англ. National Institutes of Health Stroke Scale). Оценивали индекс активности по шкале Бартел. Проводили нейропсихологическое обследование с применением следующих шкал: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE — от англ. Mini-Mental State Examination), монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA — от англ. Montreal Cognitive Assessment), шкала депрессии Бека, шкала тревожности Спилбергера, опросник копинг-стратегий Лазаруса.

Все исследования осуществляли дважды: в острейшем периоде (1–3-й день развития ишемического инсульта) и к концу острого периода (19–21-й день). Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 параметрическими и непараметрическими методами.

В группу контроля вошли 14 человек (8 женщин и 6 мужчин, средний возраст $60,57 \pm 11,59$ года) без диагностированных сосудистых заболеваний головного мозга.

В клинической картине инсульта при поступлении преобладали двигательные нарушения — парезы, параличи. Речевые нарушения (моторная дисфазия) зарегистрированы у 9 человек.

По шкале NIHSS степень неврологического дефицита при поступлении варьировала от 0 до 15 баллов, в среднем медиана (МЕ) составила 5,36 балла [95% доверительный интервал (ДИ) 3,83–6,89], что соответствует лёгкой степени двигательных нарушений.

По шкале Бартел полученные баллы находились в диапазоне от 5 до 100, что соответствует умеренной степени зависимости пациентов от близких людей (МЕ=75,2 балла, 95% ДИ=62,4–88,0).

При оценке когнитивного статуса больных по шкале MMSE 14 пациентов не имели когнитивных нарушений, у 10 отмечены умеренные когнитивные нарушения, у 1 — признаки деменции лёгкой степени. МЕ показателя по MMSE составила 27,75 балла (95% ДИ=26,78–28,72).

По шкале MoCA результаты получились иными: только у 1 пациента не выявлены когнитивные нарушения, умеренные когнитивные нарушения обнаружены у 15 человек, деменция лёгкой степени — у 5 человек, средней степени — у 2 пациентов. МЕ показателя по MoCA основной группы составила 24,17 балла (95%

Таблица 1

Корреляционные связи показателей двигательного и психоэмоционального статуса пациентов при поступлении

	Spearman	t(N-2)	p-level
NIHSS - шкала Бартел	-0,845	-7,595	0,001
NIHSS - MMSE	-0,545	-3,047	0,006
NIHSS - MoCA	-0,667	-4,202	0,001
NIHSS - шкала Бека	0,527	2,974	0,007
Шкала Бартел - MMSE	0,447	2,344	0,028
Шкала Бартел - MoCA	0,624	3,744	0,001
Шкала Бартел - шкала Бека	-0,647	-4,067	0,001
MMSE - MoCA	0,747	5,277	0,001
MMSE - шкала Бека	-0,490	-2,639	0,015
MoCA - шкала Бека	-0,623	-3,733	0,001
Шкала Бека - личностная тревожность	0,415	2,089	0,049

Примечание: NIHSS – шкала тяжести инсульта Национального института здоровья США; MMSE – краткая шкала оценки психического статуса; MoCA – монреальская шкала оценки когнитивных функций.

Таблица 2

Корреляционные связи показателей двигательного и психоэмоционального статуса пациентов при выписке

	Spearman	t(N-2)	p-level
NIHNS - шкала Бартел	-0,752	-5,465	0,001
NIHNS - MMSE	-0,451	-2,372	0,027
NIHNS - MoCA	-0,316	-1,527	0,142
NIHNS - шкала Бека	0,497	2,624	0,016
Шкала Бартел - шкала Бека	-0,488	-2,562	0,018
Шкала Бартел - личностная тревожность	-0,546	-2,766	0,013
MMSE - MoCA	0,648	3,899	0,001
MMSE - шкала Бека	-0,462	-2,332	0,03

Примечание: NIHSS – шкала тяжести инсульта Национального института здоровья США; MMSE – краткая шкала оценки психического статуса; MoCA – монреальская шкала оценки когнитивных функций.

ДИ=22,78–25,56). В сравнении с группой контроля наблюдалось статистически значимое различие показателя по шкале MoCA: ME основной группы – 24,17 балла (95% ДИ=22,78–25,56), ME группы контроля – 26,93 балла (95% ДИ=25,66–28,20), $p < 0,004$.

По показателю MMSE статистически значимых различий выявлено не было ($p=0,096$).

При поступлении у пациентов по опроснику Бека наблюдалась депрессия лёгкой степени: ME=15,60 балла (95% ДИ=11,16–20,04). У 2 пациентов выявлена депрессия тяжёлой степени. Реактивная тревожность по опроснику Спилбергера при поступлении была низкой – ME=24,43 балла (95% ДИ=20,64–28,23), личностная оказалась высокой – ME=51,43 балла (95% ДИ=48,21–54,66). Однако в сравнении с группой контроля значимых различий выявлено не было (статистическая значимость различий по шкале Бека $p=0,297$, по шкале реактивной тревожности – $p=0,379$, личностной тревожности – $p=0,189$).

К концу острого периода наблюдалась значительная положительная динамика в отношении двигательного дефицита пациентов. Показатель по шкале NIHSS уменьшился на 66,4%, ME со-

ставила 1,8 балла (95% ДИ=1,0–2,6), $p=0,001$. По шкале Бартел в целом двигательная активность увеличилась на 13% и составила 84,8 балла (95% ДИ=75,4–94,2), $p=0,043$.

Когнитивный статус пациентов к концу острого периода также улучшился: MMSE – на 1,2%, ME=28,1 балла (95% ДИ=27,0–29,2), $p=0,267$; показатель по шкале MoCA – на 6,9%, ME=25,8 балла (95% ДИ=24,7–26,9), $p=0,001$.

Тревожность пациентов к концу острого периода либо осталась на прежнем уровне, либо незначительно снизилась. ME показателя реактивной тревожности составила 23,0 балла (95% ДИ=19,4–26,6), $p=0,099$; личностной тревожности – 50,6 балла (95% ДИ=47,2–53,9), $p=0,332$. В то же время симптомы депрессии регрессировали, в среднем уровень депрессии составил 11,1 балла (95% ДИ=6,95–15,22), $p=0,001$.

Проведён корреляционный анализ показателей двигательного дефицита и нейропсихического статуса пациентов при поступлении и выписке (табл. 1, 2).

У пациентов при поступлении копинг-стратегии (конфронтационный копинг, дистанцирование, самоконтроль, социальная поддержка,

принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка) варьировали от 2 до 21 балла, в среднем от 6 до 12 баллов, что свидетельствует об умеренной напряжённости копинга. Статистически значимых различий с группой контроля выявлено не было: ME показателя «конфронтационный копинг» основной группы – 7,32 балла (95% ДИ=6,17–8,47), группы контроля – 8,40 балла (95% ДИ=5,82–10,97), $p=0,303$.

В острейшем периоде инсульта показатель уровня личностной тревожности значимо коррелировал с показателем копинга «бегство-избегание»: $r=0,672$, $p=0,001$. Показатели копинг-стратегий «самоконтроль» и «планирование решения проблем» обратным образом коррелировали с уровнем депрессии ($r=-0,485$, $p=0,014$ и $r=-0,428$, $p=0,033$ соответственно). Также выявлена обратная статистически значимая корреляция показателя копинг-стратегии «положительная переоценка» с уровнем депрессии ($r=-0,464$, $p=0,019$). Обнаружены значимые положительные корреляции между показателем копинг-стратегии «самоконтроль» и показателем когнитивного статуса по шкале MoCA ($r=0,411$, $p=0,046$), а также между показателем копинг-стратегии «положительная переоценка» и уровнем реактивной тревожности ($r=0,442$, $p=0,035$).

К концу острого периода ишемического инсульта выявлены:

- обратная высоко значимая корреляция показателя неврологического дефицита по NIHSS и копинг-стратегии «самоконтроль» по тесту Лазаруса ($r=-0,707$, $p=0,001$);

- значимая обратная корреляция между показателем неврологического дефицита по NIHSS и копинг-стратегией «положительная переоценка» ($r=-0,459$, $p=0,036$);

- прямая корреляция показателя когнитивного статуса по шкале MMSE и копингом «самоконтроль» ($r=0,460$, $p=0,040$), показателем MMSE и копингом «положительная переоценка» ($r=0,626$, $p=0,003$), личностной тревожностью по Спилбергеру и показателем по тесту Лазаруса «конфронтационный копинг» ($r=0,464$, $p=0,045$).

Таким образом, на протяжении острого периода ишемического инсульта у пациентов прослеживались эмоционально-личностные расстройства (высокие уровни депрессии и тревоги), динамика которых к концу острого периода оказалась разнонаправленной.

К моменту выписки из стационара уровень депрессии у обследованных уменьшился, в то время как уровень тревожности не изменился либо уменьшился незначительно.

Роль депрессивных нарушений в формировании исхода инсульта широко обсуждают в литературе [5, 7, 12, 20]. В то же время остаются недооценёнными значение тревожных расстройств в клинической картине острого нарушения мозгового кровообращения и их влияние на реабилитационный потенциал пациентов.

В нашем исследовании у пациентов в острей-

шем периоде инсульта выявлены высокие уровни личностной тревожности, которые практически не снизились к концу острого периода. В то же время показатели реактивной тревожности пациентов оказались неожиданно низкими. При выписке из стационара уровень личностной тревожности обратным образом коррелировал с показателем двигательной активности по шкале Бартел.

У пациентов при развитии первого ишемического инсульта выявлена клиника развития острых когнитивных нарушений, которые к концу острого периода становятся менее выраженными. При этом обнаружена прямая корреляция выраженности когнитивных расстройств с тяжестью моторного дефицита.

О наличии подобной корреляции уже сообщали ранее [6]. Результаты нашего исследования подтверждают эти данные. Однако до настоящего времени внимание привлекал когнитивный статус пациентов в сроки от 3 мес до 5 лет после инсульта. Результаты нашего исследования показывают наличие когнитивного дефицита уже в острейшем периоде заболевания.

Особого внимания заслуживают копинг-стратегии пациентов, способные оказать влияние на исход постинсультного восстановления.

В острейшем периоде ишемического инсульта у наших пациентов выявлена приверженность к дезадаптивным (неэффективным) копинг-стратегиям. В то же время показатели адаптивных копинг-стратегий пациентов («самоконтроль», «планирование решения проблемы», «положительная переоценка») обнаружили статистически значимую обратную корреляцию с уровнями депрессии пациентов по опроснику Бека. Есть данные о положительной корреляции приверженности адаптивным копинг-стратегиям с показателями качества жизни [19].

К концу острого периода в целом копинг-стратегии приобрели характер адаптивных: возросли показатели копинг-стратегий «положительная переоценка», «самоконтроль», «планирование принятия решений», оказывающие позитивное влияние на качество жизни пациентов.

ВЫВОД

1. У пациентов с ишемическим инсультом когнитивный дефицит возникает уже в острейшем периоде заболевания.

2. К концу острого периода на фоне улучшения двигательной активности уменьшается уровень эмоциональных нарушений и улучшаются когнитивные функции пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б. *Неврология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009; 1040 с. [Gusev E.I., Kononov A.N., Skvortsova V.I., Gekht A.B. *Neurologiya. Natsional'noe rukovodstvo*. (Neurology. National Guidelines.) Moscow: GEOTAR-Media. 2009: 1040 p. (In Russ.)]

2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В.

Эпидемиология инсульта в России. *Ж. неврол. и психиатр.* 2003; (8): 4–9. [Gusev E.I., Skvortsova V.I., Stakhovskaya L.V. Epidemiology of stroke in Russia. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. C.C. Korsakova.* 2003; 103 (8): 4–9. (In Russ.)]

3. Киспаева Т.Т. Особенности формирования и прогрессирования некоторых когнитивных нарушений при церебральном инсульте и пути их коррекции. *Леч. врач.* 2010; (5): 14–15. [Kispaeva T.T. Features of formation and progression of some cognitive disorders at cerebral stroke and how to correct them. *Lechashchiy vrach.* 2010; (5): 14–15. (In Russ.)]

4. Сергеев Д.В. Нейропротекция при ишемическом инсульте: оправданы ли надежды? *Рус. мед. ж.* 2010; 18 (26): 1521–1525. [Sergeev D.V. Neuroprotectors at ischemic stroke: are the expectations met? *Russkiy meditsinskiy zhurnal.* 2010; 18 (26): 1521–1525. (In Russ.)]

5. Alajbegovic A., Djelilovic-Vranic J., Alajbegovic S., Nakicevic A. Post stroke depression. *Med. Arh.* 2014; 68 (1): 47–50.

6. Ankolekar S., Renton C., Sare G. et al. ENOS Trial Investigators. *Stroke Cerebrovasc. Dis.* 2014; 23 (7): 1821–1829.

7. Arauz A., Rodríguez-Agudelo Y., Sosa A.L. et al. Vascular cognitive disorders and depression after first-ever stroke: the fogarty-Mexico stroke cohort. *Cerebrovasc. Dis.* 2014; 38 (4): 284–289.

8. Bowler J.V., Hachinski V. *The concept of vascular cognitive impairment.* T. Erkinjuntti, S. Gauthier eds. Vascular cognitive impairment. Martin Dunitz. 2002; 9–26.

9. Broomfield N.M., Quinn T.J., Abdul-Rahim A.H. et al. Depression and anxiety symptoms post-stroke. TIA: prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry. *BMC Neurology.* 2014; 14: 198.

10. Cooper C.L., Phillips L.H., Johnston M. et al. The

role of emotion regulation on social participation following stroke. *Br. J. Clin. Psychol.* 2015; 54 (2): 181–199.

11. Guajardo V.D., Terroni L., Sobreiro M. de F. et al. The influence of depressive symptoms on quality of life after stroke: a prospective study. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* 2015; 24 (1): 201–219.

12. Kauhanen M.L., Korpelainen J.T., Hiltunen P. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficit. *Stroke.* 1999; 30: 1875–1880.

13. Leys D., Pasquier F. *Post-stroke dementia.* San Antonio: VASCOG. 2007; 21.

14. Matsuzaki S., Hashimoto M., Yuki S. et al. The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *J. Affect Disord.* 2015; 176C: 56–60.

15. Nys G.M., van Zandvoort M.J., van der Worp H.B. et al. Early depressive symptoms after stroke: neuropsychological correlates and lesion characteristics. *J. Neurol. Sci.* 2005; 228 (1): 27–33.

16. Sachdev P.S., Brodaty H., Valenzuela M.J. et al. The neuropsychological profile of vascular cognitive impairment in stroke and TIA patients. *Neurology.* 2004; 62: 912–919.

17. Shi Y.-Z., Wu S.-L., Zhang N., Zhou J. The relationship between frontal lobe lesions, course of post-stroke depression, and 1-year prognosis in patients with first-ever ischemic stroke. *PLoS ONE.* 2014; 9 (7): e100456.

18. Tatemichi T.K., Desmond D.W., Mayeux R. et al. Dementia after stroke: baseline frequency, risks, and clinical features in a hospitalized cohort. *Neurology.* 1992; 42: 1185–1193.

19. Visser M.M., Aben L., Heijnenbroek-Kal M.H. et al. The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. *J. Rehabil. Med.* 2014; 45: 514–519.

20. Žikić T.R., Divjak I., Jovičević M. et al. The effect of post stroke depression on functional outcome and quality of life. *Acta Clin. Croat.* 2014; 53 (3): 294–301.

УДК 615.273.53: 615.015.5: 616-056

ОПЫТ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗИРОВАНИЯ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В УСЛОВИЯХ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЦЕНТРА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Николай Александрович Румянцев¹, Дмитрий Алексеевич Сычѳв²,
Владимир Григорьевич Кукес^{1,3*}, Руслан Евгеньевич Казаков³, Алексей Александрович Румянцев⁴,
Татьяна Васильевна Таратута¹

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия;

²Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва, Россия;

³Научный центр экспертизы средств медицинского применения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

⁴Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-1065

Проведѳн анализ применения фармакогенетического тестирования у пациентов, находившихся на лечении в центре персонализированной медицины, с целью анализа частоты полиморфизма генов — предикторов ответа на терапию прямыми антикоагулянтами, оценки времени подбора дозы варфарина, сроков госпитализации. Носительство сочетаний полиморфизмов или гомозиготных полиморфизмов VKORC1 и CYP2C9 достаточно часто встречается в российской популяции: полиморфизм CYP2C9*2 (15,3%) выявлен у 8 пациентов, CYP2C9*3 (9,6%) — у 5 пациентов. Аллель А гена VKORC1 выявлен у 18 пациентов, что составляет 34,6% всей группы. У пациентов с данным полиморфизмом назначение варфарина по традиционному алгоритму часто приводит к чрезмерной гипокоагуляции и кровотечениям. Инициация терапии варфарином по схеме с учётом генотипирования существенно повышает безопасность лечения и уменьшает частоту нежелательных лекарственных реакций у данной группы пациентов.

Ключевые слова: фармакогенетика, варфарин, непрямые антикоагулянты, CYP2C9, VKOR1, персонализированная медицина.

Адрес для переписки: elmed@yandex.ru