



Лечение и профилактика цереброваскулярных расстройств в период беременности

Частота инсульта у женщин во время беременности и в послеродовой период относительно невелика по сравнению с больными пожилого возраста. Однако изучение причин, разработка алгоритмов диагностики и неотложной терапии, методов профилактики цереброваскулярных осложнений во время беременности являются актуальной проблемой в неврологической, нейрохирургической и акушерско-гинекологической практике. В рамках симпозиума, организованного при поддержке компании «Берлин-Хеми/А. Менарини», были рассмотрены основные патогенетические и этиологические факторы развития инсультов, а также методы его диагностики и лечения у беременных.



Профессор
В.О. Буцадзе

Акушер-гинеколог, д.м.н., профессор Виктория Омаровна БИЦАДЗЕ (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова) посвятила свой доклад вопросам эпидемиологии, особенностям течения и профилактики инсульта как редкого, но тяжелейшего тромботического осложнения беременности.

Инсульт в акушерстве

Во время беременности у женщин происходят существенные изменения в сердечно-сосудистой системе и мозговом кровообращении. По данным разных авторов, при беременности риск инсульта увеличивается в 3–13 раз. Летальность при инсульте у беременных может достигать 8–26%¹. Согласно результатам эпидемиологических исследований, в среднем заболеваемость инсультом составляет 11–34 случая на 100 тыс. родов, 10,7 на 100 тыс. небеременных женщин. Около 10% случаев инсульта происходит в дородовой период, 40% – непосредственно во время родов и 50% – после родов.

В последнее десятилетие наблюдается рост частоты заболеваемости инсультами в акушерской практике. Так, частота инсультов в США во время беременности и в раннем послеродовом периоде возросла за 12 лет (1994–2007) на 54%. С 1995 по 2007 г. коли-

чество беременных, а также женщин, госпитализированных с инсультом в больницу в первые 12 недель после родов, увеличилось соответственно на 47 и 83%. Сложившаяся ситуация обусловлена распространением метаболического синдрома, ожирения, несбалансированного питания. Например, ежедневное употребление популярной во всем мире диетической содовой повышает риск инсультов на 48%. Среди факторов, повышающих частоту инсульта, также следует отметить гормональную контрацепцию, курение, алкоголизм, наркотическую зависимость, беременность и роды в позднем репродуктивном периоде и др. В ходе метаанализа публикаций за период 20 лет (1985–2005) были получены противоречивые данные по частоте заболеваемости инсультом, которая варьировала от 4,3 до 210 случаев на 100 тыс. родов. Причины такого разброса

¹ James A.H., Bushnell C.D., Jamison M.G. et al. Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium // Obstet. Gynecol. 2005. Vol. 106. № 3. P. 509–516.



Сателлитный симпозиум компании «Берлин-Хеми/А. Менарини»

данных заключались в различиях дизайна исследований, малых выборках, неадекватной трактовке полученных данных, различиях в классификациях инсультов и дефинициях, в том числе определении послеродового периода, отсутствии в ранних исследованиях возможностей современных методов нейровизуализации. После повторного анализа материалов показатели заболеваемости инсультом составили 4–41 случай на 100 тыс. родов.

С целью уточнения реальной заболеваемости инсультами было проведено крупное североамериканское исследование. В исследовании принимали участие 2850 больных с ассоциированными с беременностью осложнениями, включая инсульты. Оказалось, что частота инсультов составляет 34,2 на 100 тыс. родов, 117 случаев было с летальным исходом.

Во французском исследовании (1989–1992) были получены не такие высокие показатели². В исследовании принимали участие родильные отделения, отделения неврологии и нейрохирургии 63 госпиталей. Был выявлен 31 случай инсульта у беременных, из них 15 негеморрагических (4,3 на 100 тыс. родов) и 16 с интрапаренхимальным кровоизлиянием (4,6 на 100 тыс. родов). В течение последующих пяти лет из этой когорты у 13 женщин были повторные инсульты, но только у двух в связи с очередной беременностью. Эклампсия как фактор риска развития ишемических и геморрагических инсультов осложнила беременность у 47% женщин с негеморрагическим инсультом и у 44% женщин с интрапаренхимальным кровоизлиянием. Важно отметить, что у 37% беременных геморрагический инсульт произошел в результате разрыва мальформированных сосудов. К сожалению, не всегда удается прогнозировать на-

личие мальформации сосудов, что часто вызывает проблемы, связанные с назначением антикоагулянтов. В последнее время в акушерской практике разрывы мальформированных сосудов у пациенток как причины инсультов стали обнаруживаться все чаще.

Смертность после интрацеребрального кровоизлияния у пациенток с эклампсией в среднем составляет 15–20%. Примерно у 20% пациенток эклампсия носит рецидивирующий характер. Исходя из того, что эклампсия – важнейший фактор риска развития инсультов, одним из способов предупреждения инсультов является профилактика эклампсии.

Специфические состояния, связанные с беременностью и повышением риска инсультов, помимо преэклампсии и эклампсии включают хориокарциному, эмболию околоплодными водами, перипартальную кардиомиопатию, а также послеродовую церебральную ангиопатию. Еще одним осложнением беременности, которое может стать причиной инсульта, является послеродовое кровотечение, нередко также инсульты после обширных акушерских кровотечений.

Наличие клинических состояний, которые достоверно ассоциированы с риском инсультов, можно выявить на приеме, подробно изучив анамнез. Так, к факторам риска возможного развития инсульта относятся мигрень (особенно с аурой), тромбофилия, системная красная волчанка, различные заболевания сердца, в том числе врожденные и приобретенные пороки сердца, гипертензия, тромбоцитопения. Профессор В.О. Бицадзе отметил, что существует ряд изменений во время беременности, предрасполагающих к развитию инсультов. Это гиперкоагуля-

ция, гипофибринолиз, тенденция к стазу крови. Пиковых значений активация системы гомеостаза достигает в третьем триместре и в перипартальном периоде, то есть непосредственно во время и после родов. Именно в это время, по эпидемиологическим данным, регистрируется наиболее высокая частота инсультов. Соответственно основное внимание должно быть обращено на женщин именно в этот период. Нередко антикоагулянты, которые принимают пациентки с выявленной тромбофилией, ошибочно отменяют за четыре недели до предполагаемых родов. Однако прекращение приема антикоагулянта многократно увеличивает риск ишемического инсульта.

Во время родов в кровоток выбрасывается большое количество тромбопластических субстанций в момент сепарации плаценты. Обратное развитие изменений гемостаза наблюдается не ранее чем через три – шесть недель. Пациенткам с тромбофилией, которые получали антикоагулянты во время беременности с целью профилактики тромбоэмболических осложнений, в том числе церебральных, показано продолжение приема препаратов в течение как минимум шести недель. Далее вопрос о том, будет ли женщина переходить на какие-то другие препараты, останется на той же терапии или без терапии, как до беременности, решается индивидуально.

Для состояния беременности характерны не только изменения свойств и состава крови, но и изменения гемодинамики.

Гиперволемиа в сочетании с потребностями плодового и плацентарного кровотока ведет к увеличению объема циркулирующей крови, фракции выброса, ударного объема и частоты сердечных сокращений на 30–50%.

Неврология

² Sharshar T., Lamy C., Mas J.L. Incidence and causes of strokes associated with pregnancy and puerperium. A study in public hospitals of Ile de France. Stroke in Pregnancy Study Group // Stroke. 1995. Vol. 26. № 6. P. 930–936.

III Российский международный конгресс
«Цереброваскулярная патология и инсульт»

Соответственно потребности в обеспечении нормального плодового и плацентарного кровотока диктуют необходимость перестройки сердечно-сосудистой системы. Половина изменений происходит уже в первые десять недель беременности, но пиковых значений они достигают к 25–30 неделям. Во время родов кардиальный выброс и частота сердечных сокращений увеличиваются еще на 30%, а в первые дни после родов достоверно снижаются и через шесть – двенадцать недель приходят к нормальным для небеременных значениям.

Артериальное давление вследствие снижения сосудистой резистентности уменьшается в течение первых семи недель беременности, достигая самых низких значений к 24–32 неделям, после чего начинает прогрессивно повышаться до первоначальных значений к моменту родов. Хотя для первого триместра беременности инсульты не характерны, тем не менее есть категория пациенток, у которых инсульты случаются именно в этот период. В первую очередь это беременные с антифосфолипидным синдромом. В связи с этим женщина, имеющая в анамнезе невынашивание беременности или случаи тромбоза, инсульта, нуждается в контроле коагулограммы и консультации невролога в первом триместре, чтобы своевременно диагностировать антифосфолипидный синдром.

Тромбофилические факторы развития инсульта – это генетическая тромбофилия, в основе которой могут лежать мутация фактора Лейдена (фактора V), мутация протромбина, дефицит антитромбина III, протеинов C и S. Однако это далеко не все причины врожденной тромбофилии, которая может приводить к риску развития инсультов, артериальных и венозных тромбозов и т.д. Факторами риска развития инсульта также являются гипергомоцистеинемия, антифосфолипидный синдром.

Еще один фактор – дефицит ADAMTS-13 (a disintegrin and metalloprotease with thrombospondin). Исследование на наличие этого фермента показано пациенткам, у которых был тяжелый HELLP-синдром, тяжелая эклампсия и преэклампсия, с инсультами в анамнезе. У этих пациенток целесообразно определять количественный показатель активности и антитела к ADAMTS-13. Изолированно высокий уровень фактора VIII тоже считается возможной генетической причиной тромбофилии и может predispose к развитию тромботических осложнений, включая венозные и артериальные инсульты.

Огромное внимание в медицинском сообществе уделяется факторам риска венозного тромбоза у пациенток, прибегающих к вспомогательным репродуктивным технологиям (экстракорпоральному оплодотворению – ЭКО). Несмотря на то что частота тромбозов на фоне вспомогательных репродуктивных технологий не так уж и высока, локализация этих тромбозов, более высокая частота церебральных осложнений, связанных со вспомогательными репродуктивными технологиями, все-таки дают основания думать, что на возникновение осложнений оказывает влияние сама программа ЭКО с применением массивированной гормональной терапии. В клиниках ЭКО нередко приходят пациентки с неясными причинами бесплодия, у которых имеет место та или иная форма тромбофилии, включая антифосфолипидный синдром. С одной стороны, такие пациентки могут быть изначально обречены на неудачу ЭКО. С другой стороны, эти же пациентки относятся к группе высочайшего риска по развитию тромботических осложнений, включая церебральные и венозные тромбозы.

В отличие от спонтанно наступившей беременности, когда тромбозы преимущественно затрагивают глубокие вены нижних конечностей и илеофemorальный сегмент, при ЭКО тромбозы в основном локализуются в яремной, подключичной, подмышечной венах, а также в венах головного мозга (60%). Летальность при тромбозе церебральных вен достигает 5–30%. Артериальные тромбозы развиваются в 25% случаев, включая инсульты. Повышенные маркеры тромбофилии сохраняются до четырех недель после стимуляции овуляции. Следовательно, возможны так называемые отсроченные тромбозы после купирования синдрома гиперстимуляции яичников.

Французское биомедицинское агентство и Французское общество здоровья (French Biomedicine Agency and French Health Society, 2013) подготовили рекомендации по выявлению пациенток с высоким риском развития синдрома гиперстимуляции яичников. Прежде всего это молодые женщины, у которых высокий или очень высокий уровень антиюл-лерова гормона, низкий индекс массы тела, а также синдром поликистозных яичников. Выявление женщин с высоким риском развития артериальных тромбозов начинается с рассмотрения личного и семейного анамнеза, наличия таких факторов риска, как возраст, курение, диабет, дислипидемия, мигрени, наличие антифосфолипидного синдрома. В клинической практике нередко пациентки с привычным невынашиванием беременности в анамнезе и наступившим вторичным бесплодием идут на процедуру ЭКО. Эта категория пациенток представляет собой группу риска и требует особого внимания, попытки выявления скрытых форм тромбофилии и, возможно, консультации с неврологом.

В целях профилактики рекомендуют индивидуализацию стимуляции яичников с целью



Сателлитный симпозиум компании «Берлин-Хеми/А. Менарини»

предотвращения синдрома гиперстимуляции яичников. Профилактика артериальных тромбозов включает отказ от курения, приема наркотических и других веществ, индивидуальную оценку соотношения риск/польза при использовании эстрогенов, особенно в возрасте после 35 лет, и/или других факторов риска.

Однако артериальный тромбоз в рамках ЭКО – это состояние, которое практически невозможно предупредить на сегодняшний день. Французские эксперты были первыми, кто заявил, что если у пациентки уже был артериальный инсульт, ЭКО ей противопоказано. Необходимо заранее задуматься о возможных последствиях применения ЭКО у женщин с риском развития инсультов и других опасных состояний.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что тромбофилия, которая связана с гормональными препаратами в рамках ЭКО, характерна для первого триместра. Однако при наличии у пациентки генетической, приобретенной или комбинированной тромбофилии, при сохраняющихся высоких маркерах тромбофилии, отменять препараты после первого триместра нежелательно. Эти пациентки нуждаются в дальнейшей терапии низкомолекулярным гепарином.

На сегодняшний день огромное значение в развитии таких микроангиопатических синдромов, как тяжелая преэклампсия и HELLP-синдром, придается уже упомянутому ранее дефициту ADAMTS-13. Нередко именно дефицит ADAMTS-13 является одной из причин развития микроангиопатии. На сегодняшний день дефицит этого фермента обсуждается и непосредственно

в патогенезе развития инсультов. Активная роль этого фермента в развитии микроциркуляторного тромбоза не вызывает сомнений. ADAMTS-13 – это плазменная репролизинподобная металлопротеиназа, которая расщепляет путем протеолиза мультимерные молекулы фактора фон Виллебранда (vWF). Дефекты фермента ADAMTS-13 вызывают недостаточный протеолиз мультимеров фактора фон Виллебранда, который обладает высокой способностью активировать тромбоциты. Более 70 мутаций гена ADAMTS-13 являются причиной тромботической тромбопенической пурпуры³. Септический шок может маскировать картину тромбопенической пурпуры, так как клинические проявления очень схожи. Клинически тромбопеническая пурпура отличается от других состояний присутствием лихорадки. Такие проявления, как тромбоцитопения, микроангиопатическая гемолитическая анемия, неврологическая симптоматика нарушения функции почек, характерны для преэклампсии в тяжелой форме, и целый ряд этих осложнений нередко связывают с ADAMTS-13.

Докладчик отметила, что низкий уровень магния в крови соответствует почти двукратному увеличению риска сердечно-сосудистых заболеваний⁴. Это касается и сердца, и мозга. Магnezия является основным методом терапии у пациенток с преэклампсией. Результаты исследований демонстрируют, что магний предупреждает развитие тромботической микроангиопатии. Поэтому включение магния в терапию при синдромах, которые опасны развитием тромботической микроангиопатии, считается обязательным.

В группе риска развития тромботической микроангиопатии пациентки с тромбофилией, тромбозами и инсультами в анамнезе, а также те группы больных, о которых говорилось выше.

При ишемических и тромботических инсультах базовой терапией являются антикоагулянты – низкомолекулярные гепарины. На сегодняшний день существует много видов низкомолекулярных гепаринов (эноксапарин натрия, далтепарин натрия, надропарин кальция и др.).

Низкомолекулярный гепарин второго поколения бемипарин натрия (Цибор) является антикоагулянтом прямого действия. Снижение свертываемости крови под влиянием бемипарина натрия связано с тем, что он усиливает угнетающее действие антитромбина III на ряд факторов свертывания крови (Ха и в меньшей степени – на IIa).

Особенности фармакокинетики низкомолекулярных гепаринов у беременных связаны с прогрессирующим увеличением массы тела, скорости гломерулярной фильтрации. Скорость элиминации низкомолекулярных гепаринов повышается. Таким образом, обмен веществ у пациенток ускоряется, поэтому целесообразно, особенно во втором и третьем триместрах, применять препараты дробно два раза в сутки. Если время полувыведения препарата в среднем у небеременных составляет 18 часов, то у беременных оно может уменьшаться до шести – восьми часов.

Во время беременности в качестве антиагрегантов можно использовать аспирин и дипиридамола (Курантил®), обладающий, кроме антитромботического, антиагрегивным и сосудорасширяющим действием. Положительным эффектом дипиридамола при при-

Неврология

³ Wyrick-Glatzel J. Thrombotic thrombocytopenic purpura and ADAMTS-13: New insights into pathogenesis, diagnosis, and therapy // Lab. Med. 2004. Vol. 35. № 12. P. 733–740.

⁴ Booth J.V., Phillips-Bute B., McCants C.B. et al. Low serum magnesium level predicts major adverse cardiac events after coronary artery bypass graft surgery // Am. Heart. J. 2003. Vol. 145. № 6. P. 1108–1113.



III Российский международный конгресс «Цереброваскулярная патология и инсульт»

менении во время беременности является эндотелиопротективный эффект. Препарат давно применяется в акушерской практике.

Курантил® при антифосфолипидном синдроме стимулирует синтез интерлейкина 3 (фактора роста плаценты), блокирует апоптоз в трофобласте⁵. Сочетание аспирина и дипиридамола дает возможность использовать более низкие дозы аспирина и потенцировать противовоспалительный и эндотелиопротективный эффект.

Если говорить о монотерапии, то в отличие от аспирина действие дипиридамола не так длительно. Если аспирин отменяют за три недели до предполагаемых родов,

то отмена дипиридамола возможна за один-два дня до разрешения, будь то кесарево сечение или родоразрешение через естественные родовые пути. Это связано с тем, что дипиридамола выводится из кровотока гораздо быстрее, чем аспирин.

Подводя итог, профессор В.О. Бицадзе отметила, что для предотвращения возникновения риска инсультов у беременных необходимо придерживаться определенной концепции. Важным шагом является выявление генетических форм тромбофилии, антифосфолипидного синдрома, гипергомоцистеинемии у пациенток, имеющих высокий риск развития инсультов. Из возможных существующих методов

профилактики можно назвать планирование беременности, прегравидарную подготовку с использованием бимепарина натрия и Курантила у пациенток с высоким риском развития артериальных и венозных тромбозов и их осложнений. Реабилитация в послеродовом периоде также является важным моментом, особенно для пациенток, перенесших инсульт, тромботические осложнения или тяжелую преэклампсию. Необходимо в случаях тяжелой тромбофилии у пациенток отказаться от гормональной контрацепции, а также акцентировать внимание на пациентках с тромбофилическими состояниями, планирующих участвовать в программе ЭКО.



Профессор
М.В. Путилина

Профессор кафедры неврологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, д.м.н. Марина Викторовна ПУТИЛИНА разобрала несколько клинических случаев инсульта у беременных и родильниц в неврологическом стационаре.

Больная С., 32 лет, поступила с жалобами на головную боль в лобно-височной области, головокружение, тошноту, шум в ушах, светобоязнь, слабость,

Инсульт у беременных. Взгляд невролога

онемение в левых конечностях и в левой половине лица.

В анамнезе: на второй день после родов при резком наклоне головы появилась боль в правой половине, в последующие дни головная боль усиливалась.

В ходе проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) патологические изменения вещества головного мозга выявлены не были.

В неврологическом статусе при поступлении отмечены ригидность мышц затылка, светобоязнь, левосторонний гемипарез до 4 баллов со снижением мышечного тонуса и рефлексов. Гипестезия левой верхней конечности. Координаторные пробы выполняет с мимопопаданием слева. Движения в шее болезненны, незначительно ограничены. Локальный мышечный дефанс на уровне VII шейного позвонка.

На МРТ в ангиорежиме обнаружен тромбоз поперечного синуса, тромбоз сагитального синуса. При проведении генети-

ческого скрининга выявлен дефицит янус-киназы 2, которая является маркером диагностики инсультов у молодых пациенток. Венозный инсульт обнаруживается у таких больных чаще, чем истинный инфаркт мозга, в связи с наличием большого числа факторов риска развития венозной патологии:

- молодого возраста;
- несоответствия зонам артериального кровообращения;
- множественности очагов;
- этапности развития неврологической симптоматики;
- нечеткости зоны инфаркта.

Больная О., 38 лет, беременность семь-восемь недель. Жалобы на интенсивную длительно сохраняющуюся головную боль в левой лобной области. На фоне приема спазмолитиков головная боль незначительно уменьшалась. На работе проявилось дезориентирование, сохранялась интенсивная головная боль. В связи с ухудшением состояния была госпитализирована, во время транспорти-

⁵ Мнение автора может не совпадать с информацией, содержащейся в официальных инструкциях по применению препаратов Курантил® 25, Курантил® N 25, Курантил® N 75.



Сателлитный симпозиум компании «Берлин-Хеми/А. Менарини»

рочки перенесла два судорожных припадка с потерей сознания. Наличие этих симптомов позволило при компьютерной томографии головного мозга заподозрить картину субарахноидального кровоизлияния. В ходе мультиспиральной компьютерной томографии обнаружена картина венозной ишемии в левой височно-затылочной области головного мозга с геморрагическим пропитыванием оболочек мозга. Выявлены КТ-признаки снижения кровотока в левом поперечном и сигмовидном синусах. Результаты МРТ головного мозга подтвердили картину ишемического инсульта в левой височной доле головного мозга, энцефалопатию. На основании этого было сделано общее заключение – венозный инфаркт. Больная К., 35 лет, первые сутки после родов. Родила доношенного мальчика (четвертая беременность). Вечером после родов нарушилась речь, речевые нарушения сохранялись на следующий день. Пациентка была проконсультирована неврологом и переведена в клинику для дальнейшего наблюдения и лечения. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива, за время осмотра симптоматика мерцала. При поступлении в неврологическое отделение неврологический статус отсутствовал, за исключением ажитированной, с придыханием речи. Проконсультирована психиатром. Диагноз психиатра – послеродовая депрессия. При повторном осмотре больная отмечены симптомы: асимметрия за счет грубой сглаженности правой носогубной складки, симптом Бабинского. По данным коагулограммы, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) составило 22,6, международное нормализованное отношение – 0,84, протромбиновый индекс – 124,7%, фибриноген – 4,34, протромбиновое время – 9,7. На мультиспиральной компьютерной томографии патологии не выявлено. В таких случаях показано

проведение МРТ головного мозга в сосудистом режиме, по результатам диагностики поставлен диагноз: МР-картина гирального ишемического отека (венозная ишемия) в левой височно-теменной области головного мозга и сосудистые очаги.

Профессор М.В. Путилина отметила, что всего за период с 2011 г. по март 2014 г. в Городскую клиническую больницу № 15 были госпитализированы 54 женщины во время беременности или в послеродовом периоде. У 13 из них диагноз «острое нарушение мозгового кровообращения» не подтвердился, у 14 был выставлен диагноз «транзиторная ишемическая атака». У 27 женщин был подтвержден инсульт (преобладали ишемический и геморрагический виды инсультов). Возраст женщин с инсультом варьировал от 17 до 42 лет. Средний возраст – 30 лет. У 19 из 27 пациенток инсульт случился в третьем триместре или в послеродовом периоде, что составило 70% от всех обследованных беременных. Общими факторами риска у данной категории выступали возраст старше 35 лет, наличие коморбидных заболеваний (артериальной гипертензии, кардиомиопатии, функционирующего овального окна). Из 27 пациенток у трех была диагностирована артериальная гипертензия, у двух – функционирующее овальное окно. Рутинное исследование показало, что чаще всего в группе обследованных АЧТВ составляло 20–25 секунд.

Что касается специфических факторов риска, то гиперкоагуляция была диагностирована у семи пациенток из 27, перенесших инсульт. У трех пациенток была выявлена генетически обусловленная тромбофилия. Антифосфолипидный синдром был подтвержден у одной пациентки.

Кровоизлияния верифицированы у 14 пациенток, перенесших острые нарушения мозгового

кровообращения. Из них у девяти вследствие разрыва артериовенозной мальформации, у пяти – разрыва аневризмы.

Докладчик подчеркнула необходимость проведения МРТ с ангиорежимом женщинам молодого возраста, жалующимся на головную боль с классическими проявлениями синдрома Марфана, перед планированием беременности. Разрывы артериовенозной мальформации головного мозга встречаются чаще у молодых женщин с малым количеством беременностей в анамнезе. Из девяти пациенток с разрывом артериовенозной мальформации у семи беременность была первой, женщины были в возрасте до 35 лет. Из 14 пациенток с кровоизлиянием были прооперированы шесть. Удаление гематомы произведено четырем пациенткам, клипирование аневризмы – одной пациентке, иссечение артериовенозной мальформации – трем больным. Профессор М.В. Путилина отметила, что, с точки зрения невролога, в таких случаях надо прерывать беременность, потому что состояние гиперкоагуляции приводит к тяжелой инвалидизации. В ряде случаев экстренное родоразрешение или аборт может полностью минимизировать неврологическую симптоматику. Так, симптоматика регрессировала полностью или частично у 60% женщин, незначительно – у 40%, которые достигли родоразрешения.

У части женщин произошли срочные роды, где женщинам была сохранена жизнь, 16 пациенток abortировано с операциями кесарева сечения, две пациентки умерли. Это были женщины старше 35 лет с тяжелым антифосфолипидным синдромом, с ДВС-синдромом.

Прогнозируя острые нарушения мозгового кровообращения при беременности, можно сказать, что практически половина беременных (42–63%), перенесших

III Российский международный конгресс
«Цереброваскулярная патология и инсульт»

во время беременности инсульт, будут иметь остаточные неврологические симптомы. Из 27 пациенток у шести при выписке оставался выраженный неврологический дефицит. Значительное уменьшение неврологической симптоматики наблюдалось в 12% случаев. Полный регресс симптоматики зарегистрирован у восьми пациенток.

При гиперкоагуляционных состояниях необходимо также проводить терапию антикоагулянтами, а при непереносимости или при наличии противопоказаний к их применению – антиагрегантами. Препаратом номер 1 при беременности до сих пор является магния, в том числе при эклампсии и ишемическом инсульте. Назначение антикоагулянтов в больших дозах противопоказано, лучше использовать дипиридамола (препарат Курантил®). Для профилактики и лечения нарушений мозгового кровообращения, а также для предупреждения тромбозов также рекомендуется прием препарата Курантил®.

Следует помнить, что при наследственной тромбофилии в отсутствие венозного тромбоза пациенткам показана длительная антитромбоцитарная терапия.

Специалисты Европейской организации по борьбе с инсультом (2008) рекомендуют при невозможности назначения пациенту непрямым антикоагулянтам использовать комбинацию аспирина и дипиридамола⁶.

Назначение аспирина в первом триместре беременности дискутируется ввиду возможной тератогенности, хотя большинство исследователей считают возможным назначать препарат в небольших дозах. Дипиридамола потенцирует антиагрегантный и вазодилатирующий эффект эндотелиального релаксирующего фактора, усиливает синтез эндотелиального оксида азота, тормозит агрегацию

эритроцитов. Дипиридамола увеличивает образование эндотелиального фактора роста, что приводит к стимуляции ангиогенеза. Профессор М.В. Путилина рассмотрела возможность применения препаратов Курантил® N 25 и Курантил® N 75 в комбинации с аспирином у беременных при высоком риске венозного тромбоза и гиперагрегационном синдроме. Препараты Курантил® N 25 и Курантил® N 75, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, отличаются от препарата Курантил® 25, таблетки, покрытые оболочкой, более полным и быстрым высвобождением действующего вещества из лекарственной формулы за счет сокращения содержания в оболочке таблетки гидрофобных веществ, что ускоряет ее растворение. В ядро также добавлены вспомогательные вещества, усиливающие распад таблетки.

Заключение

Курантил® (дипиридамола) – один из наиболее часто используемых антиагрегантов.

Курантил® подавляет агрегацию и адгезию тромбоцитов, улучшает микроциркуляцию, обладает сосудорасширяющим эффектом. Курантил® подавляет обратный захват аденозина (ингибитора реактивности тромбоцитов) клетками эндотелия, эритроцитами и тромбоцитами; активирует аденилатциклазу и ингибирует фосфодиэстеразу тромбоцитов, таким образом препятствует высвобождению из тромбоцитов активаторов агрегации – тромбоксана, аденозиндифосфата, серотонина. Курантил® усиливает синтез эндотелиального оксида азота.

Препарат Курантил® показан для лечения и профилактики нарушений мозгового кровообраще-

В виде первичной профилактики Курантил® показан беременным в дозе 25 мг три раза в сутки. Доза препарата подбирается в зависимости от тяжести заболевания и реакции пациентки на лечение. Пациенткам с выявленной гипергомоцистеинемией обязательно назначаются витамины группы В, фолаты.

В заключение профессор М.В. Путилина подчеркнула важность своевременной адекватной диагностики факторов риска развития цереброваскулярных нарушений у беременных. Она призвала коллег к более детальному обследованию этой категории женщин, включающему оценку состояния сердечно-сосудистой системы, исключение структурных аномалий сердца, нарушений сердечного ритма, а также комплексное исследование системы гемостаза с целью выявления генетических или приобретенных тромбофилий.

ния по ишемическому типу, дисциркуляторной энцефалопатии, профилактики артериальных и венозных тромбозов, а также их осложнений, тромбоэмболии после операции протезирования клапанов сердца, профилактики плацентарной недостаточности при осложненной беременности. Препарат используют в составе комплексной терапии при нарушениях микроциркуляции любого генеза.

Курантил® увеличивает почечный кровоток, улучшает мозговой кровоток, уменьшает периферическое сопротивление сосудов. Курантил® улучшает маточно-плацентарный и фетоплацентарный кровоток. Препарат выпускается в виде таблеток, покрытых оболочкой, 25 мг, или в виде таблеток, покрытых пленочной оболочкой, по 25 или 75 мг. *

⁶ Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. Исполнительный комитет Европейской инсультной организации (ESO) и Авторский комитет ESO. М.: Бионика, 2008.