

Инфаркт миокарда и инсульт при беременности

Развитие инсульта или инфаркта миокарда (ИМ) у беременной – достаточно редкая ситуация. Однако в последние годы наблюдается значительное увеличение частоты факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у беременных, увеличивается возраст женщин, планирующих беременность. Следовательно, уже в ближайшем будущем можно ожидать роста распространенности тяжелых сосудистых катастроф у этой популяции.

ССЗ по-прежнему остаются одной из главных причин материнской смертности. Среди них особого внимания заслуживают такие жизнеугрожающие события, как инсульт и ИМ. В настоящее время прослеживается тенденция к увеличению числа женщин старшей возрастной группы, планирующих беременность. За последние 20 лет количество беременных в возрасте старше 40 лет увеличилось в 2 раза [14, 25]. В этой группе чаще отмечается соматическая патология. В развитых странах наиболее распространенными проблемами, осложняющими беременность, являются ожирение, нарушение липидного обмена, сахарный диабет (СД), артериальная гипертензия (АГ), курение.

Инсульт

Хорошо известно, что наиболее распространенными факторами риска инсульта являются возраст, ожирение, дислипидемия, АГ и СД, а также курение, алкоголизм, наркомания. Однако известны и специфические «женские» факторы риска ССЗ: гормональная контрацепция, многоплодная беременность, преэклампсия в анамнезе и др. [18, 20]. У беременных большое значение имеет сочетание различных факторов риска и соматической патологии, такой как АГ, наследственные тромбофилии, СД, мигрень, системная красная волчанка, серповидно-клеточная анемия [3, 12].

Распространенность инсульта у беременных, по данным разных авторов, колеблется от 11 до 200 случаев на 100 тыс. родов [22, 24]. По данным А. James и соавт. (2005), заболеваемость этой патологией в последние годы возросла и составляет 34,2 на 100 тыс. родов, а связанная с ним смертность – 1,4 на 100 тыс. родов [8]. Материнская смертность при инсульте может достигать 26%, при этом достаточно высока и перинатальная смертность.

Риск развития инсульта при беременности в 3 раза выше, чем у женщин в общей популяции. Большинство случаев развития этого заболевания при беременности встречается в III триместре и послеродовом периоде. По разным данным, от 76 до 89% всех случаев встречается в послеродовом периоде [9, 27]. По данным крупнейшего шведского исследования, включившего анализ около 1 млн родов за 8-летний период, наиболее высокий риск как ишемического, так и геморрагического инсульта во время беременности приходится на период за 2 дня до и через 1 день после родов [5].

Инсульты – заболевания, характеризующиеся клинической и генетической гетерогенностью. В настоящее время в мире нет единой их классификации. Согласно одной из последних классификаций – SSS TOAST – существуют следующие разновидности инсультов: атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный, инсульт вследствие другой установленной причины и идиопатический. Известно, что в общей популяции около 60% инсультов атеротромботические, 20% имеют эмболические причины, 15% – геморрагические, а 5% обусловлены редкими причинами, такими как дисплазии соединительной ткани, диссекция артерий, наследственные заболевания, метаболические расстройства [4]. Однако во время беременности ишемический и геморрагический инсульты встречаются примерно в равных пропорциях [5]. В 23% случаев причину этого заболевания достоверно установить невозможно. Разные исследователи предполагают множество различных причин: инфекция, опухоль, наследственные тромбофилии, травма, соматическая патология (ревматический порок сердца, системная красная волчанка и др.). На долю атеросклероза как причины инсульта при беременности приходится от 15 до 25% [9]. При тромбозе церебральных вен причинами могут служить сопутствующие гематологические заболевания (полицитемия, лейкопения, серповидно-клеточная анемия, тромбоцитопения), антифосфолипидный синдром, васкулиты, злокачественные новообразования. Ишемический инсульт чаще всего вызван парадоксальной эмболией из вен таза, глубоких вен нижних конечностей, из правого предсердия. Наследственные заболевания соединительной ткани (синдромы Марфана, Элерса-Данло и др.) во время беременности, а особенно при родах могут осложниться разрывом внутрисердечных артериальных аневризм и развитием инсульта [8, 9, 24].

Обнаружена прямая взаимосвязь между риском развития ССЗ и тяжестью преэклампсии и обратная взаимосвязь со сроком беременности, при котором развилась преэклампсия. Преэклампсия – состояние, характеризующееся повышением сосудистого тонуса, коагулопатией, ишемией сосудов мозга, печени, почек, плаценты. Причина обнаруженной взаимосвязи требует дополнительно исследования. Вероятно, имеет значение развитие тяжелой преэклампсии, которое является одним из этапов развития атеросклероза. Наличие

повреждения эндотелия сосудов выявляется при преэклампсии со второй половины беременности и в течение не менее трех месяцев после родоразрешения [1]. Исследования, проведенные R. Ness (2003), подтверждают возможное наличие единых наследственных факторов в развитии инсульта и преэклампсии у беременных [16]. В исследованиях Т. Sharshar (1995) обнаружена взаимосвязь эклампсии как с геморрагическим, так и с ишемическим инсультом у беременных [22]. Доля женщин с преэклампсией и эклампсией среди пациенток, перенесших инсульт во время и после беременности, составляет от 25 до 45% [2]. Известно, что у женщин с преэклампсией в анамнезе риск ишемического инсульта в последующей жизни возрастает на 60%. По данным А. James и соавт. (2005), у 80% пациенток с инсультом, связанным с преэклампсией, не отмечено повышения диастолического давления до инсульта более 105 мм рт. ст. [26]. Возможно, это подтверждает значение дисфункции эндотелия как основной причины развития инсульта у беременных с преэклампсией и эклампсией. Риск развития ССЗ при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) в настоящее время недостаточно изучен. В литературе имеются сведения о формировании при ЭКО как венозных, так и артериальных тромбозов, редких случаев развития инсультов и ИМ [6].

Диагностика инсульта у беременных включает стандартный алгоритм: анамнез, изучение факторов риска, клиническую картину, установление причины заболевания (ишемия или кровоизлияние) с помощью таких методов, как компьютерная и магнитно-резонансная томография. Неврологическая симптоматика инсультов разнообразна и во многом определяется ее характером. Для ишемического инсульта более характерно наличие двигательных, речевых или других очаговых неврологических нарушений. Расстройства сознания, рвоты, интенсивная головная боль в большинстве случаев наблюдаются при геморрагическом инсульте. Однако патогномичных клинических признаков для геморрагического и ишемического инсультов не существует [12, 15].

Следует помнить, что использование рентгенологических методов исследования при беременности ограничено. Беременность является относительным противопоказанием к проведению компьютерной томографии, рентгеновской ангиографии, но в определенных случаях исследование может быть выполнено с тщательной защитой живота. Отрицательный результат компьютерной томографии не исключает диагноза инсульта [24].

Послеродовые инсульты обычно происходят в периоде от 5 дней до 2 нед после родов, когда головную боль, обусловленную синдромом церебральной вазоконстрикции, можно ошибочно принять за последствия эпидуральной пункции. Клинические

симптомы инсульта у беременных, такие как головная боль, изменение зрения, боль в эпигастрии, тошнота и рвота, а также очаговые неврологические дефекты, часто ошибочно принимаются за симптомы преэклампсии и эклампсии [12]. Дифференциальную диагностику инсульта во время беременности проводят с теми же состояниями, что и в общей популяции: менингоэнцефалитом, черепно-мозговыми травмами, опухолями головного мозга, гипогликемией, уремией, печеночной недостаточностью.

В настоящее время осуществляется дифференцированный подход к выбору терапии при инсульте. Лечение ишемического инсульта включает возможность проведения медикаментозного тромболизиса. Однако при беременности вопрос безопасности тромболизиса дискутируется до настоящего времени. Существуют строгие ограничения для этого метода: поступление больной в первые 3-6 ч от начала заболевания, стабильное артериальное давление не выше 185/100 мм рт. ст., отсутствие изменений при компьютерной томографии. Сообщений о тромболитической терапии инсульта при беременности в литературе крайне мало. По данным А. Mugarrap и соавт. (2006), при применении метода семь женщин выжили, одна пациентка умерла (причина смерти – артериальная диссекция при ангиографии). Среди семи выживших женщин проведено три аборта, произошло два выкидыша и двое благополучных родов [15]. После инсультов примерно у 50% женщин сохраняются остаточные явления неврологического дефицита. Эффективный тромболизис снижает материнскую инвалидность и смертность. Профилактика инсультов должна проводиться в группах высокого риска. Особого наблюдения требуют больные с искусственными клапанами сердца в связи с высоким риском тромбоэмболических осложнений. Большинство специалистов считают также, что женщины с инсультом в анамнезе должны получать профилактическое лечение. По данным А. Helms (2009), терапией выбора считается использование аспирина и низкомолекулярного гепарина [10].

Инфаркт миокарда

Этиологические факторы ИМ у беременных мало отличаются от таковых в популяции. Однако их влияние может быть усилено состоянием гиперкоагуляции, которое характеризует беременность. При беременности наиболее значимые факторы риска ИМ – возраст, АГ, СД, ожирение.

Первые описания случаев ИМ во время беременности появились в 1922 г. В последние годы проведено несколько крупных популяционных исследований, посвященных этой проблеме [7, 11].

Распространенность ИМ при беременности составляла в 2003 г. 6,2 случая на 100 тыс. родов, смертность от

ИМ – 0,35 на 100 тыс. родов [11]. С появлением более чувствительных диагностических критериев ИМ и увеличением возраста беременных регистрируется большее количество случаев ИМ (в 1991 г. – всего 1,2 случая ИМ на 100 тыс. родов).

По данным А. James и соавт. (2006), у пациенток 20–25 лет риск развития ИМ в 30 раз ниже, чем у женщин старше 40 лет, и составляет более 30 случаев против 1 на 100 тыс. родов. Высокий риск этой патологии наблюдается у беременных с антифосфолипидным синдромом, наследственными тромбофилиями; имеющая место во время нормальной беременности гиперкоагуляция в сочетании с генетически обусловленной предрасположенностью к тромбозам чаще приводит к тяжелым тромботическим осложнениям, включая ИМ [19].

ИМ при беременности имеет ряд особенностей. Его диагностика и дифференциальная диагностика у беременных крайне сложны. Симптомы ИМ, такие как одышка, тахикардия, неприятные ощущения в области груди, могут наблюдаться при нормальном течении беременности в результате назначения токолитической терапии β-адреномиметиками и сульфатом магния [19, 21].

В диагностике ИМ важную роль играет определение сердечных тропонинов I и T и МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК). Однако у беременных последний метод неинформативен, т. к. повышение уровня МВ-КФК может наблюдаться и при нормальной беременности, а также в родах и раннем послеродовом периоде

[13]. Только определение тропонина является золотым стандартом диагностики ИМ при беременности [23]. Также у беременных ограничено использование коронарной ангиографии и скинтиграфии миокарда.

ИМ при беременности может осложняться отеком легких – одной из главных причин смерти при инфаркте. Однако при беременности существует много других факторов развития отека: преэклампсия, использование токолитической терапии, эмболия околоплодными водами, септический шок, массивная инфузионная терапия [21].

Лечение ИМ включает консервативные методы и активную тактику с применением различных кардиохирургических технологий.

Возможность тромболитической терапии при беременности обсуждается до настоящего времени. Известно, что в экспериментах на животных стрептокиназа и тканевой активатор плазминогена не проникали через плаценту. Однако во время беременности особенно опасны осложнения тромболитической терапии: спонтанные аборт, вагинальные и маточные кровотечения, преждевременная отслойка плаценты [19]. По данным А. James и соавт. (2006), в лечении ИМ у беременных использовались и кардиохирургические методы, такие как коронарная ангиопластика (в т. ч. баллонная), стентирование, а также аортокоронарное шунтирование [8].

Заключення

Таким образом, развитие инсульта или ИМ у беременной в настоящее

время – достаточно редкая ситуация. Однако в последние годы наблюдается значительное увеличение частоты факторов риска ССЗ у данной категории, увеличивается возраст женщин, планирующих беременность. Следовательно, уже в ближайшем будущем можно ожидать роста распространенности тяжелых сосудистых катастроф у беременных.

Литература

- Bellamy L. Preeclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *Br Med J* 2007; 335: 974-85.
- Brown D.W., Dueker N., Jamieson D.J. Preeclampsia and the risk of ischemic stroke among young women. *Stroke* 2006; 37: 1055-64.
- Bushnell C.D., Hum P., Colton C. Advancing the study of stroke in women. Summary and recommendations for future research from a NINDS-sponsored multidisciplinary working group. *Stroke* 2006; 37: 2387-99.
- Caplan L. Stroke: a clinician approach 3d ed. Butterworth-Huinemann. 2000.
- Davie C.A., O'Brien P. Stroke and pregnancy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79: 240-45.
- Elford K., Leader A., Wee R., et al. Stroke in ovarian hyperstimulation syndrome in early pregnancy treated with intra-arterial rt-PA. *Neurology* 2002; 59 (8): 1270-72.
- James A., Jamison M., Biswas M., et al. Acute myocardial infarction in pregnancy: a United States population-based study. *Circulation* 2006; 113: 1564-71.
- James A., Bushnell C.D., Jamison M. Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 509-25.
- Jeng J.S., Tang S.C., Yip P.K. Incidence and Etiologies of Stroke during Pregnancy and Puerperium as Evidenced in Taiwanese Women. *Cerebrovasc Dis* 2004; 18: 290-95.
- Helms A.K., Drogan O., Kittner S.J. First Trimester Stroke Prophylaxis in Pregnant Women With a History of Stroke. *Stroke* 2009; 40: 1158-62.
- Ladner H., Danielsen B., Gilbert W. Acute myocardial infarction in pregnancy and the puerperium: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2005; 105 (3): 480-84.
- Lanska D.J., Kryscio R.J. Risk factors for peripartum and postpartum stroke and intracranial

- venous thrombosis. *Stroke* 2000; 31: 1274-82.
- Leiserowitz G., Evans A., Samuels S. Creatine kinase and its MB isoenzyme in the third trimester and the peripartum period. *J Reprod Med* 1992; 37: 910-16.
- Martin J.A. Births: Final Data for 2004. *National Vital Statistics Reports* 2006; 55: 29.
- Murugappan A., Coplin W.M., Al-Sadat A.N. Thrombolytic therapy of acute ischaemic stroke during pregnancy. *Neurology* 2006; 66: 768-70.
- Ness R., Markovic N., Bass D. Family history of hypertension, heart disease, and stroke among women who develop hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 1366-71.
- Okanloma K.A., Moodley J. Neurological complications associated with the preeclampsia/eclampsia syndrome. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 71: 223-28.
- Petit D., Sidney S., Quesenberry C., et al. Incidence of Stroke and Myocardial Infarction in Women of Reproductive Age. *Stroke* 1997; 28 (2): 280-83.
- Roth A., Elkayam U. Acute Myocardial Infarction Associated With Pregnancy. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 171-80.
- Sattar N., Greer I.A. Pregnancy complications and maternal cardiovascular risk: opportunities for intervention and screening? *Br Med J* 2002; 325: 157-60.
- Sciscione A., Ivester T. Acute Pulmonary Edema in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 101: 511-15.
- 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* 1995; 26: 930-36.
- Shivers S., Wiens S., Keffer H., et al. Maternal cardiac troponin I levels during normal labor and delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 122-27.
- Treadwell S.D., Thanvi B., Robinson T.G. Stroke in pregnancy and the puerperium. *Postgrad Med J* 2008; 84: 238-45.
- Ventura S., Mosher W., Curtm S., et al. Trends in pregnancy rates for the United States, 1976-97: an update. *Nat Vital Stat Rep* 2001; 49: 1-10.
- Wilson B.J., Watson M.S., Prescott G.J. Hypertensive disease of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life: results from cohort study. *BMJ* 2003; 326: 845-49.
- Witlin A.G., Mattar F. Sibai B.M. Postpartum stroke: a twenty year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 83-88.

Фарматека, 2009, № 14 (188).

АНОНС

Національна Академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Українське наукове медичне товариство оториноларингологів
ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»

ХІ ЗІЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ

17-19 травня 2010 р., м. Судак

Наукова програма

- Історія оториноларингології
- Алергологія та імунологія в оториноларингології
- Ринологія та ринопластика
- Ларингологія, фоніатрія
- Ендоскопічна та лазерна хірургія
- Отологія, аудіологія, вестибулологія, кохлеарна імплантація
- ЛОР-онкологія
- Травматичні ушкодження ЛОР-органів

Заїзд учасників – 16-17 травня 2010 р.

Проживання делегатів та гостей зїзду – в туристсько-оздоровчому комплексі «Судак» (98000, Україна, АР Крим, м. Судак, вул. Леніна, 89).

Бронювання та оплату номера необхідно здійснити до 25 квітня 2010 р.

Тел.: (067) 247-82-07

(067) 441-75-24, тел./факс: 244-91-83

e-mail: o.kornienko@males.com.ua, s.kornienko@males.com.ua

Реєстрація делегатів та гостей зїзду буде проводитися у вестибулі конференц-зали туристсько-оздоровчого комплексу «Судак»:

16.05.2010 р. – з 8:00 до 22:00

17.05.2010 р. – з 8:00 до 10:00

За додатковою інформацією звертайтеся:

тел. (044) 483-12-82

тел./факс (044) 483-15-80

e-mail: amtc@kndio.kiev.ua, kholodenko@list.ru, www.ents.com.ua

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Внешние проявления ЛОР-патологии у ребенка с нормальной температурой тела

18-месячный мальчик был доставлен в приемное отделение в сопровождении матери. Со слов матери, правая ушная раковина ребенка несколько сместилась вниз и оттопырилась; это смещение отмечается в течение последних нескольких месяцев, однако недавно за правым ухом появилось покраснение и отек. В анамнезе ребенка патология ЛОР-органов отсутствует. Температура тела нормальная, общее состояние не нарушено. Компьютерная томография показала область нарушения прозрачности сосцевидного отростка.



Рис.
Правая ушная раковина ребенка: вид спереди и сзади

Вопросы

1. С какими состояниями проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
2. Какие методы обследования следует применить для постановки диагноза?

Ответы и обсуждение на стр. 67.