



**Кубанский Государственный
Медицинский Университет**



**КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ**

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ ФПК И ППС

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

Инсульт и беременность. Клинический опыт



Пенжоян Григорий Артемович

**Доктор медицинских наук, профессор,
Зав. кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и
ППС ГБОУ ВПО КубГМУ,
Главный врач ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2»**

Актуальность проблемы

- ✓ В развитых странах частота инсульта, осложняющего беременность и послеродовой период составляет 1-2 случая на 10 тыс. родов.
- ✓ ОНМК резко утяжеляет течение любой акушерско-гинекологической патологии и во многом определяет исход беременности и родов.
- ✓ Одни и те же этиологические факторы могут быть причиной как ишемических, так и геморрагических инсультов, а также их сочетанных форм.
- ✓ До настоящего времени достоверной систематизированной оценки потенциального риска острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), ассоциированного с беременностью – нет!

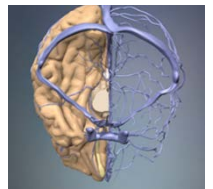
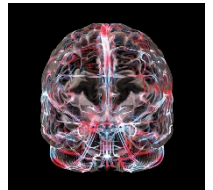
Актуальность проблемы

- ✓ **Тромбоз внутричерепных венозных синусов может обуславливать возникновение билатеральных инфарктов мозгового вещества и субарахноидальных кровоизлияний.**
- ✓ **Патогномоничным симптомом является геморрагическая трансформация очага ишемии.**
- ✓ **Церебральный синус-тромбоз (ЦСТ) чаще всего развивается:**
 - ✓ **в первые 3 мес. беременности;**
 - ✓ **в послеродовом периоде.**
- ✓ **Возможно его развитие при спонтанных или искусственных абортах.**



Актуальность проблемы

- ✓ В связи с широким применением антибиотиков преобладают неинфекционные синус-тромбозы, этиологию которых не всегда удается установить
- ✓ Факторами риска ЦСТ являются сопутствующие гематологические заболевания:
 - ✓ полицитемия,
 - ✓ лейкемия,
 - ✓ серповидно-клеточная анемия,
 - ✓ повышение вязкости крови,
 - ✓ антифосфолипидный синдром,
 - ✓ васкулиты,
 - ✓ злокачественные новообразования.



Во время гестационного и послеродового периода ишемический инсульт чаще всего обусловлен:

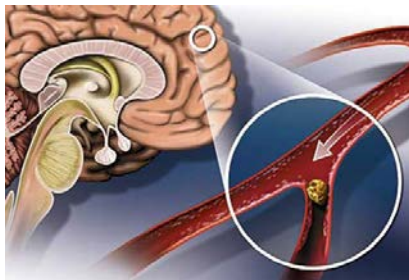
- ✓ Парадоксальной эмболией из вен
 - ✓ таза
 - ✓ ног
 - ✓ правого предсердия
- ✓ При этом развивается острая окклюзия средней мозговой или другой крупной церебральной артерии с соответствующей неврологической симптоматикой



Перемещение эмболов из правой половины сердца в левую может быть вызвано:

- ✓ Незаращением овального отверстия,
- ✓ Проведением трансэзофагеальной эхокардиографии,
- ✓ Дефектом межжелудочковой перегородки.

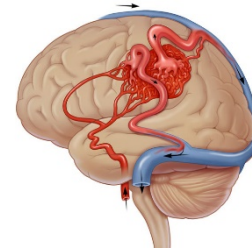
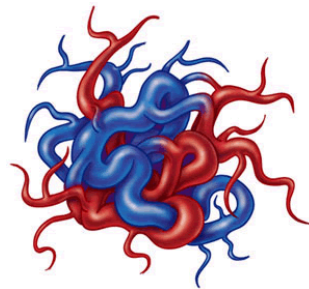
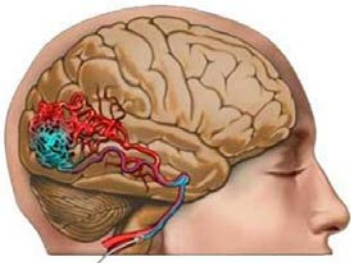
В связи со сложностью диагностики верификация парадоксальной эмболии церебральных артерий базируется в основном на данных вскрытия в случае летального исхода



Вторым по частоте проводником эмболов в мозг через венозную систему служат артериовенозные мальформации (АВМ) легких

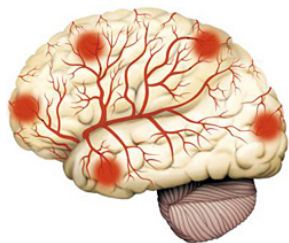
**АВМ -
сравнительно
редкая патология
наблюдается как**

- ✓ самостоятельное заболевание или в симптомокомплексе разнообразных ангиодисплазий,
- ✓ объединенных врожденной неполноценностью мезенхимальной основы микрососудов.





Неврологическими проявлениями диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС) наряду с инсультоподобными эпизодами служит острая или подострая генерализованная энцефалопатия, осложненная развитием геморрагических инфарктов и внутримозговых кровоизлияний (ВМК).



Возможно развитие ОНМК во время гинекологических операций, проводимых при отслойке плаценты, неразвивающейся беременности, септическом аборте и других состояниях.



В III семестре беременности **уровень фибрина** увеличивается на 20-30%, **протромбиновый индекс** составляет 100-110%, при нормальном количестве **тромбоцитов** их **агрегационная способность** повышается на 20 – 30%.

Выработка медиаторов воспаления – цитокинов при позднем гестозе, обуславливает выраженную дисфункцию эндотелия сосудов, которая сопровождается нарушением микроциркуляции, повышением агрегации тромбоцитов и эритроцитов.

Повышение уровня фибриногена повышает в несколько раз риск развития инфарктов мозга и сердца



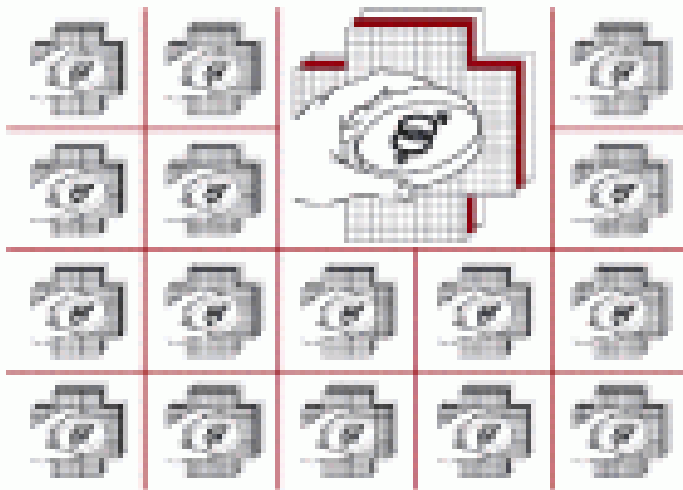
Международные исследования **PROCAM** (the Prospective Cardiovascular Munster), **PRIME** (the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction), Framingham study, Northwick Park Heart.



Этиологические факторы ОНМК

Бесплодие
Контрацепция
ЗГТ

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКЦИИ



Этиологические факторы острого нарушения мозгового кровообращения у беременных и рожениц

Факторы риска, которые способствуют наступлению инсульта у беременных: возраст старше 30 лет (30—34 года — 35,3 случая на 100 000; 35—39 лет — 58,1 на 100 000), артериальная гипертензия, заболевания сердца, курение, сахарный диабет, системная красная волчанка (риск 15,2 на 100 000), серповидно-клеточная анемия (9,1 на 100 000), мигрень, злоупотребление алкоголем и/или психотропными средствами, кесарево сечение, электролитные расстройства, тромбофилия (риск 16,0 на 100 000), многоплодная беременность, послеродовая инфекция, послеродовое кровотечение, переливание крови, преэклампсия и эклампсия, многоводие, повторные роды, парадоксальная эмболия при открытом овальном окне, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, затяжные роды.

Акушерские аспекты острых цереброваскулярных нарушений во время беременности, родов и послеродового периода (обзор литературы) / Р. Р. Арустамян, Е. М. Шифман, Е. С. Ляшко и др. // Проблемы репродукции. – 2013. - № 2. – С. 79-87.

Руководство по профилактике инсульта у женщин (2014)

AHA/ASA Guideline

Guidelines for the Prevention of Stroke in Women

A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

Cheryl Bushnell, MD, MHS, FAHA, Chair; Louise D. McCullough, MD, PhD, FAHA, Vice-Chair; Issam A. Awad, MD, MSc; Monique V. Chireau, MD, MPH, FAHA; Wende N. Fedder, DNP, RN, FAHA; Karen L. Furie, MD, MPH, FAHA; Virginia J. Howard, PhD, MSPH, FAHA; Judith H. Lichtman, PhD, MPH; Lynda D. Lisabeth, PhD, MPH, FAHA; Ileana L. Piña, MD, MPH, FAHA; Mathew J. Reeves, PhD, DVM, FAHA; Kathryn M. Rexrode, MD, MPH; Gustavo Saposnik, MD, MSc, FAHA; Vineeta Singh, MD, FAHA; Amytis Towfighi, MD; Viola Vaccarino, MD, PhD; Matthew R. Walters, MD, MBChB, MSc; on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Council for High Blood Pressure Research

This Article

Stroke.
2014;45:1545–1588
Published online before print
February 6, 2014.
doi:
10.1161/01.str.0000442009.06663.
48

- » **Abstract Free**
- Figures Only Free**
- Full Text Free**
- PDF Free**
- A correction has been published**
- A correction has been published**
- PPT Slides of All Figures**

- All Versions of this Article:
 - 01.str.0000442009.06663.48v1
 - 45/5/1545 **most recent**

Classifications

Table 3. Stroke Risk Factors, Categorized by Those That Are Sex-Specific, Stronger or More Prevalent in Women, or Similar Between Women and Men

Risk Factor	Sex-Specific Risk Factors	Risk Factors That Are Stronger or More Prevalent in Women	Risk Factors With Similar Prevalence in Men and Women but Unknown Difference in Impact
Pregnancy	X		
Preeclampsia	X		
Gestational diabetes	X		
Oral contraceptive use	X		
Postmenopausal hormone use	X		
Changes in hormonal status	X		
Migraine with aura		X	
Atrial fibrillation		X	
Diabetes mellitus		X	
Hypertension		X	
Physical inactivity			X
Age			X
Prior cardiovascular disease			X
Obesity			X
Diet			X
Smoking			X
Metabolic syndrome			X
Depression		X	
Psychosocial stress		X	



Фактор риска	Факторы риска, специфичные для пола	Факторы риска, которые более выражены или преобладают у женщин	Факторы риска, которые одинаковы для женщин и мужчин
Беременность	X		
Преэклампсия	X		
Гестационный сахарный диабет	X		
Приём оральных контрацептивов	X		
Приём гормонов в постменопаузе	X		
Изменение гормонального статуса	X		
Мигрень с аурой		X	
Фибрилляция предсердий		X	
Сахарный диабет		X	
Артериальная гипертензия		X	
Иммобилизация			X
Возраст			X
Кардиоваскулярные заболевания			X
Ожирение			X
Диета			X
Курение			X
Метаболический синдром			X
Депрессия		X	
Психо-социальный стресс		X	

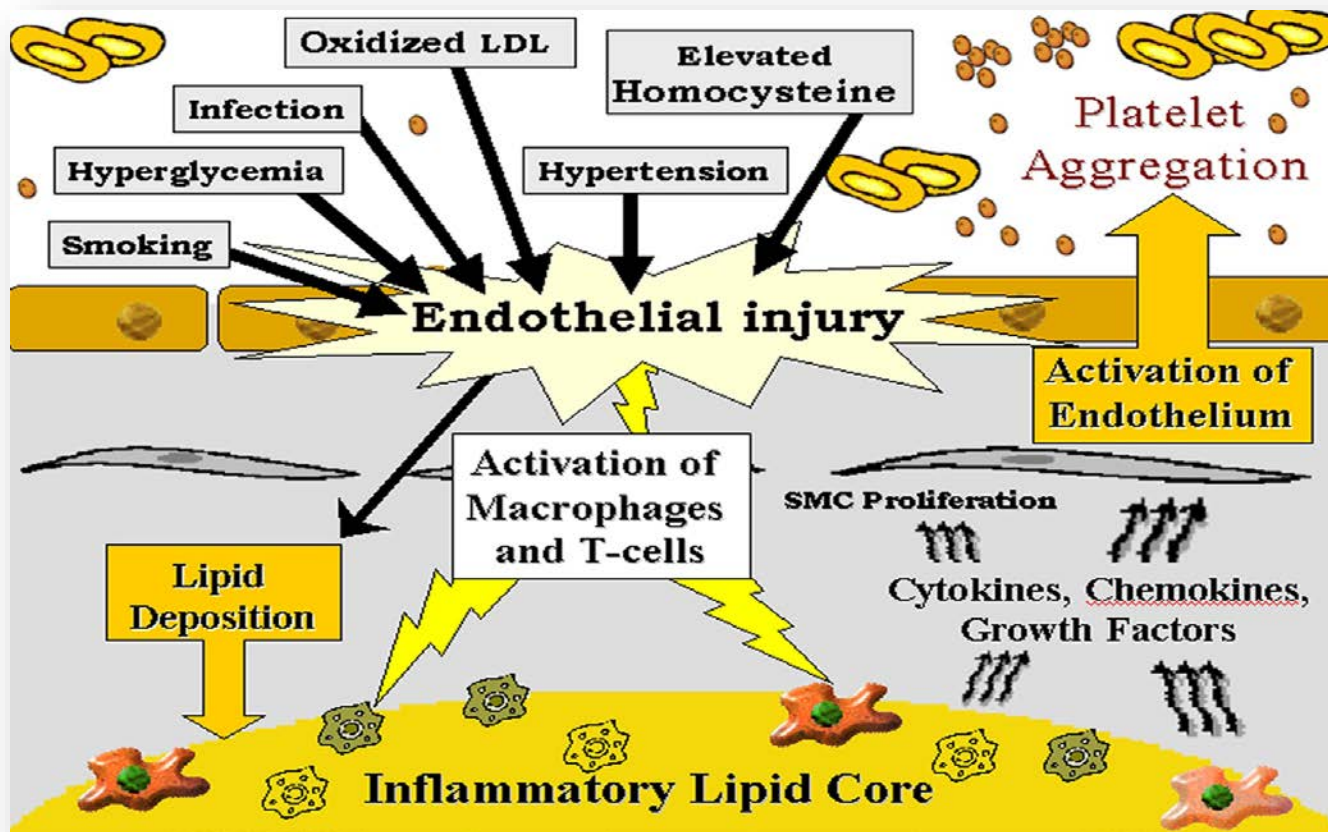
Table 6. Adverse Pregnancy Outcomes and Risk for Stroke

Study Date and Author	Total No. of Subjects	Study Design	Pregnancy Outcome	Cerebrovascular Outcome	Follow-up, y	HR or OR for Outcome (95% CI)
Mannistö et al, 2013 ¹⁷³	10 314	Prospective cohort study	Gestational hypertension	Ischemic cerebrovascular disease	40	1.67 (1.13–2.45)
Bonamy et al, 2011 ¹⁷⁴	923 686	Retrospective cohort study	Preterm birth; SGA	Cerebrovascular events (infarction, hemorrhage, subarachnoid hemorrhage, TIA, other stroke)		Preterm birth 2.41 (1.4–4.17); SGA birth 1.68 (1.46–2.06); preterm and SGA birth 3.11 (1.91–5.09)
Irgens et al, 2001 ¹⁷⁵	626 272	Retrospective cohort study	Preeclampsia	Stroke mortality		Term preeclampsia 0.98 (0.5–1.91); preterm preeclampsia* 5.08 (2.09–12.35)
Wilson et al, 2003 ¹⁷⁰	1312	Retrospective cohort study	Preeclampsia	Stroke mortality	32	3.59 (1.04–12.4)
Ray et al, 2005 ¹⁷⁶	1 026 265	Retrospective cohort study	Maternal placental syndrome	Cerebrovascular disease		1.90 (1.42–2.54)
Funai et al, 2005 ¹⁷⁷	37 061	Retrospective cohort study	Preeclampsia	Stroke		3.07 (2.18–4.33)
Kestenbaum et al, 2003 ¹⁷⁸	124 141	Case-control study	Preeclampsia	Cerebrovascular disease		2.53 (1.70–3.77)
Lykke et al, 2009 ¹⁷⁹	782 287	Retrospective cohort	Gestational hypertension, mild preeclampsia, severe preeclampsia	Stroke	12.9–14.6	Gestational hypertension 1.58 (1.32–1.89); mild preeclampsia 1.50 (1.36–1.66); severe preeclampsia 1.66 (1.29–2.14)

CI indicates confidence interval; HR, hazard ratio; OR, odds ratio; SGA, small for gestational age; and TIA, transient ischemic attack.

*Defined as preeclampsia between 16 and 36 weeks.

Генетические и воспалительные механизмы инсульта



Genetic and Inflammatory Mechanisms in Stroke

Author: Mitchell SV Elkind, MD, MS, FAAN; Chief Editor: Helmi L Lutsep, MD

Mitchell SV Elkind, MD, MS, FAAN Associate Professor of Neurology, Columbia University College of Physicians and Surgeons; Associate Attending Neurologist, Department of Neurology, New York-Presbyterian Hospital, Columbia Presbyterian Medical Center, Neurological Institute

<http://emedicine.medscape.com/article/1163331-overview#showall>

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

Консультативно - диагностический центр

Многопрофильный стационар

Поликлиника СКАЛ

Перинатальный центр

Первичное сосудистое отделение

Центры медицинской помощи



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

«КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

- ✓ Коечный фонд многопрофильного стационара – 785 коек,
- ✓ 6 отделений терапевтического профиля,
- ✓ 5 отделений хирургического профиля,
- ✓ Отделение эндокринной хирургии,
- ✓ 5 отделений анестезиологии и реанимации,
- ✓ Отделение переливания крови,
- ✓ В учреждении ежегодно проходят стационарное лечение около 30 тыс. пациентов,
- ✓ Производится свыше 3 млн. обследований.



Перинатальный центр

Родильный дом №5 построен согласно постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дальнейшем развитии г. Краснодара».

Роддом на 250 коек был сдан в эксплуатацию 17.06.1983 г. и открыт приказом Крайздравотдела от 19.04.1983 г. № 252.

С 06.06.1983 г. начала функционировать женская консультация № 5 на 300 посещений в смену, с 20.07.1983 г. стационарное отделение на 125 коек, а с 1984 г. на 310 акушерско-гинекологических коек.



- ✓ 16 подразделений
- ✓ Доля беременных Краснодарского края - 54%
- ✓ 2013 год – **8 447 родов**
- ✓ 2014 год (01-09) – **8 573 родов**
- ✓ Частота экстрагенитальной патологии 47,5 - 48,5%

Основные показатели ПЦ 2012-2014



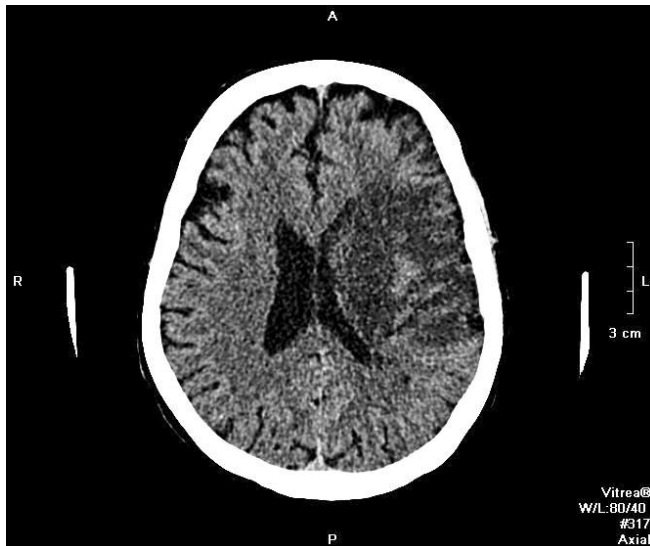
Годы	Количество родов	Краснодар	Краснодарский край	Адыгея	Россия	Иностранцы
2012	8 623	3 954	3 848	339	385	96
2013	8 446	3 751	3 791	368	429	103
2014	8 573	3 784	3 834	328	458	167

Годы	Количество родов	Нормальные роды	Осложненные роды	Преждевременные роды	Тяжелая преэклампсия	ЭМ
2012	8 623	2 465	6 158	527	102	29
2013	8 447	4 536	3 911	535	234	16
2014	8 574	5 420	3 154	554	246	19

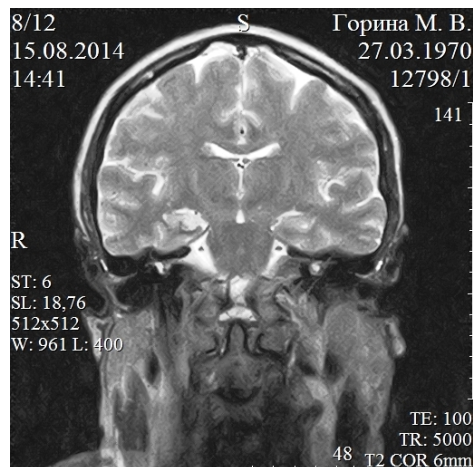
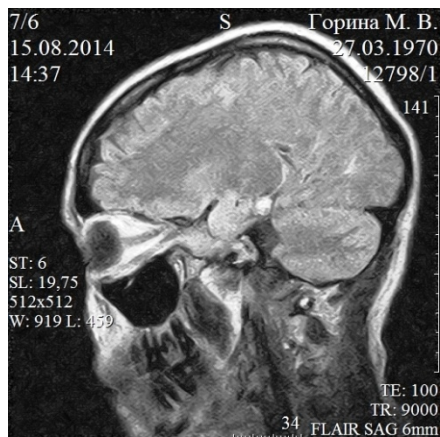
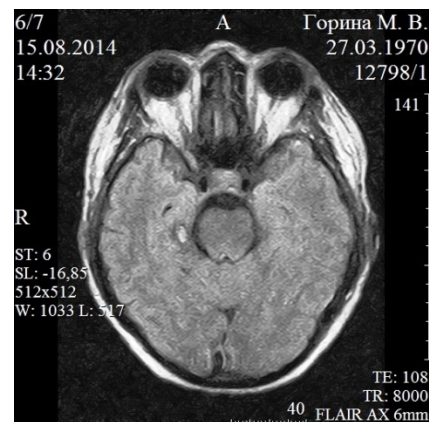
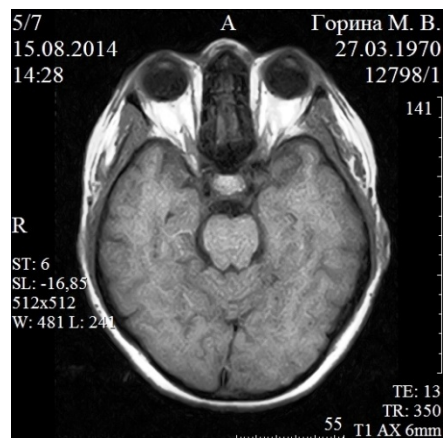
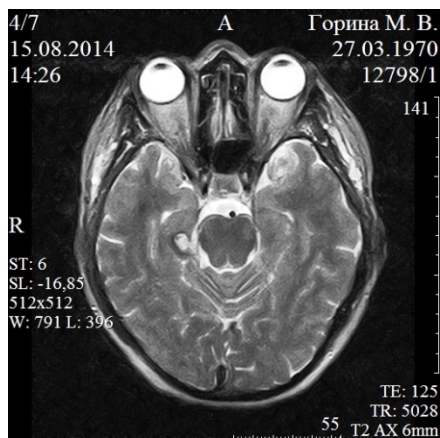
Отделение рентгеновской и магнитно-резонансной компьютерной томографии



Ишемический инсульт с геморрагической трансформацией (КТ)



Геморрагический инсульт (МРТ)



Первичное сосудистое отделение

- ✓ С 3 декабря 2012 г. открыто первичное сосудистое отделение (ПСО)
- ✓ Рассчитано на 45 коек (36 в отделении и 9 в АРО).
- ✓ ПСО создано с целью повышения качества лечебно-реабилитационной помощи больным с инсультами.
- ✓ В отделение экстренно круглосуточно госпитализируются пациенты с ОНМК (из зон обслуживания поликлиник №1, 12, 14, 25, 22, 26, 9, 5, 23) (226 тыс. населения).
- ✓ В отделении имеется все необходимое оборудование для быстрого обследования больных, организовано лечение пациентов с ОНМК в остром периоде и последующая их полноценная реабилитация.

Число женщин с ОНМК (ПСО)

2013 г. – 617 женщин с ОНМК

- До 45 лет – 33
- До 25 лет – 8

2014

- До 45 лет – 18
- До 25 лет 4

С 2012 г. по 2014 г.

- Беременных – 26
- Послеродовый период - 30

До 25 лет – 12

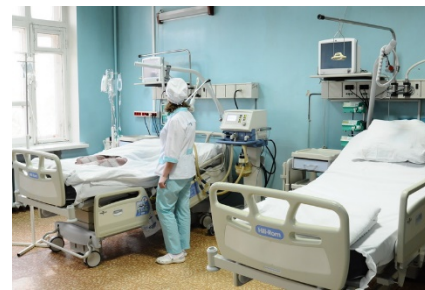
До 45 лет – 51



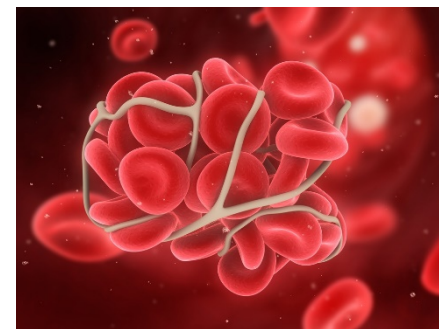
Приказ Минздравсоцразвития России от 06.07.2009 N 389н (ред. от 27.04.2011) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 23.07.2009 N 14399)

- ✓ Женщины с признаками ОНМК при поступлении в ПСО, минуя приёмный покой, в экстренном порядке
- ✓ Осматриваются дежурным врачом, который:
 - ✓ оценивает жизненно важные функции (при наличии медицинских показаний осуществляет их коррекцию),
 - ✓ общее состояние больного и
 - ✓ неврологический статус в специально выделенном помещении;
 - ✓ организует выполнение ЭКГ,
 - ✓ забор крови для определения:
 - ✓ количества тромбоцитов,
 - ✓ содержания глюкозы в периферической крови,
 - ✓ международнонормализованного отношения (далее - МНО),
 - ✓ активированного частичного тромбопластинового времени (далее - АЧТВ).

- ✓ Определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ производится **в течение 20 минут** от момента забора крови.
- ✓ После осмотра женщины направляются в кабинет компьютерной томографии, где осуществляется проведение КТ или высокопольной МРТ головного мозга.
- ✓ Время от момента поступления больного с признаками ОНМК в ПСО до получения результатов КТ или МРТ головного мозга и исследования крови составляет **не более 40 минут**.
- ✓ При подтверждении диагноза ОНМК больные госпитализируются в блок интенсивной терапии и реанимации.



- ✓ **Время от момента поступления больного в «ККБ №2» до перевода в профильное отделение составляет **не более 60 минут.****
- ✓ **Женщинам, у которых по данным КТ установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок **не позднее 60 минут** с момента получения результатов КТ, после чего принимается решение о тактике лечения.**
- ✓ **Определение наследственной предрасположенности к ТФ**
- ✓ **Лабораторная диагностика АФС**
- ✓ **РС**
- ✓ **PS**
- ✓ **Гомоцистеин**



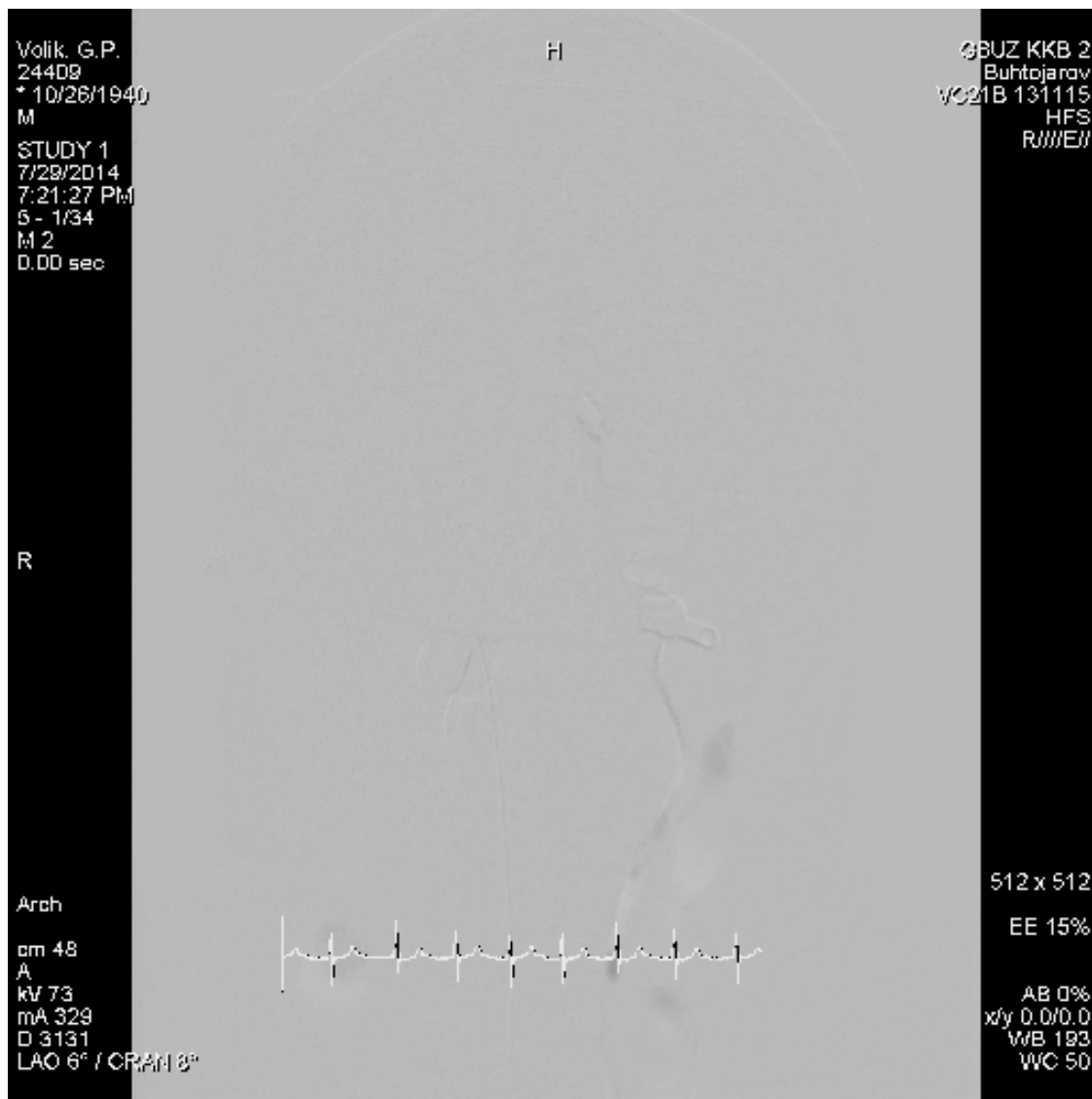
Отделение Рентгенхирургических методов диагностики и лечения



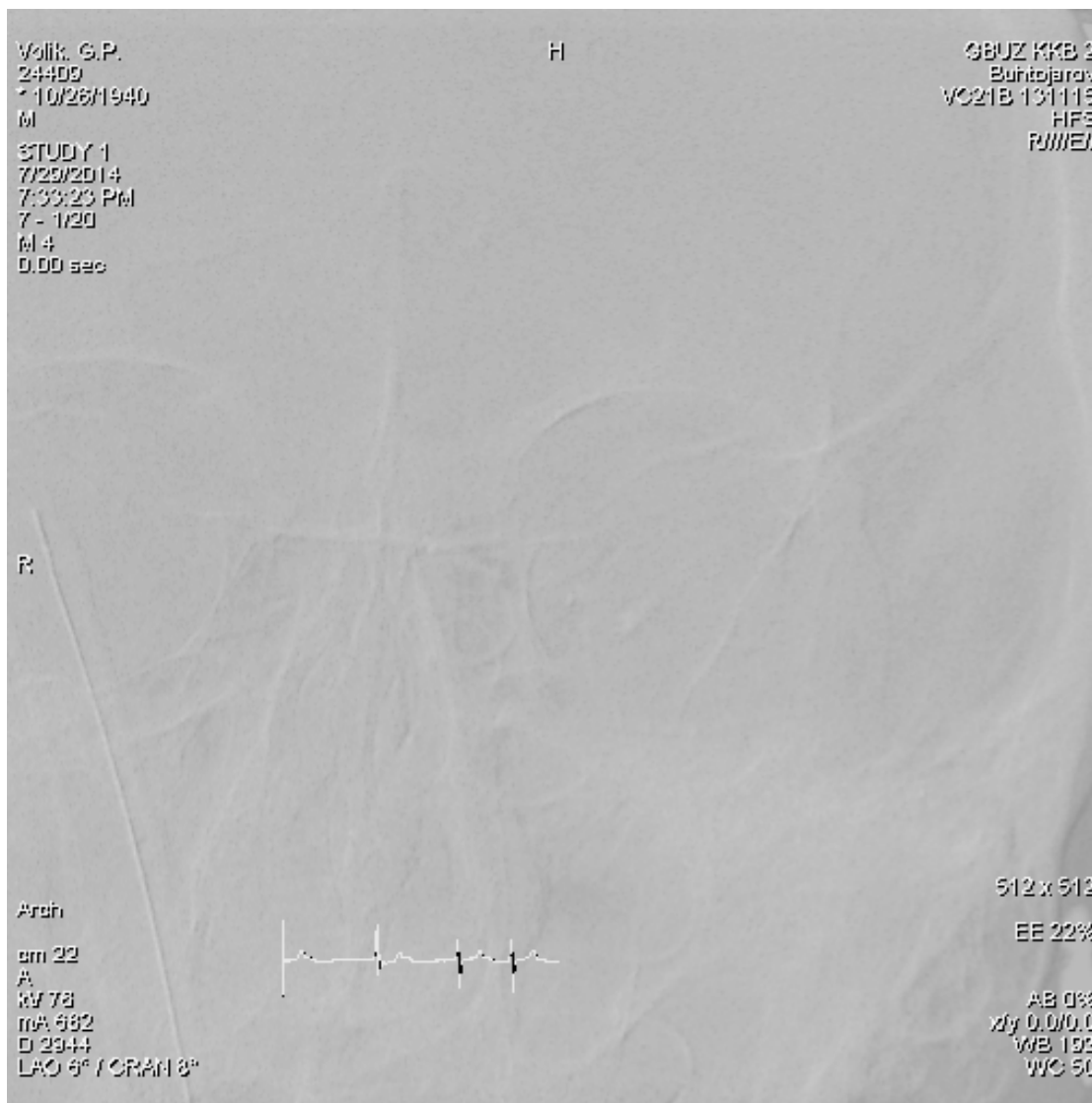
Установлен
стент

Селективный тромболизис
Тромбоэкстракция

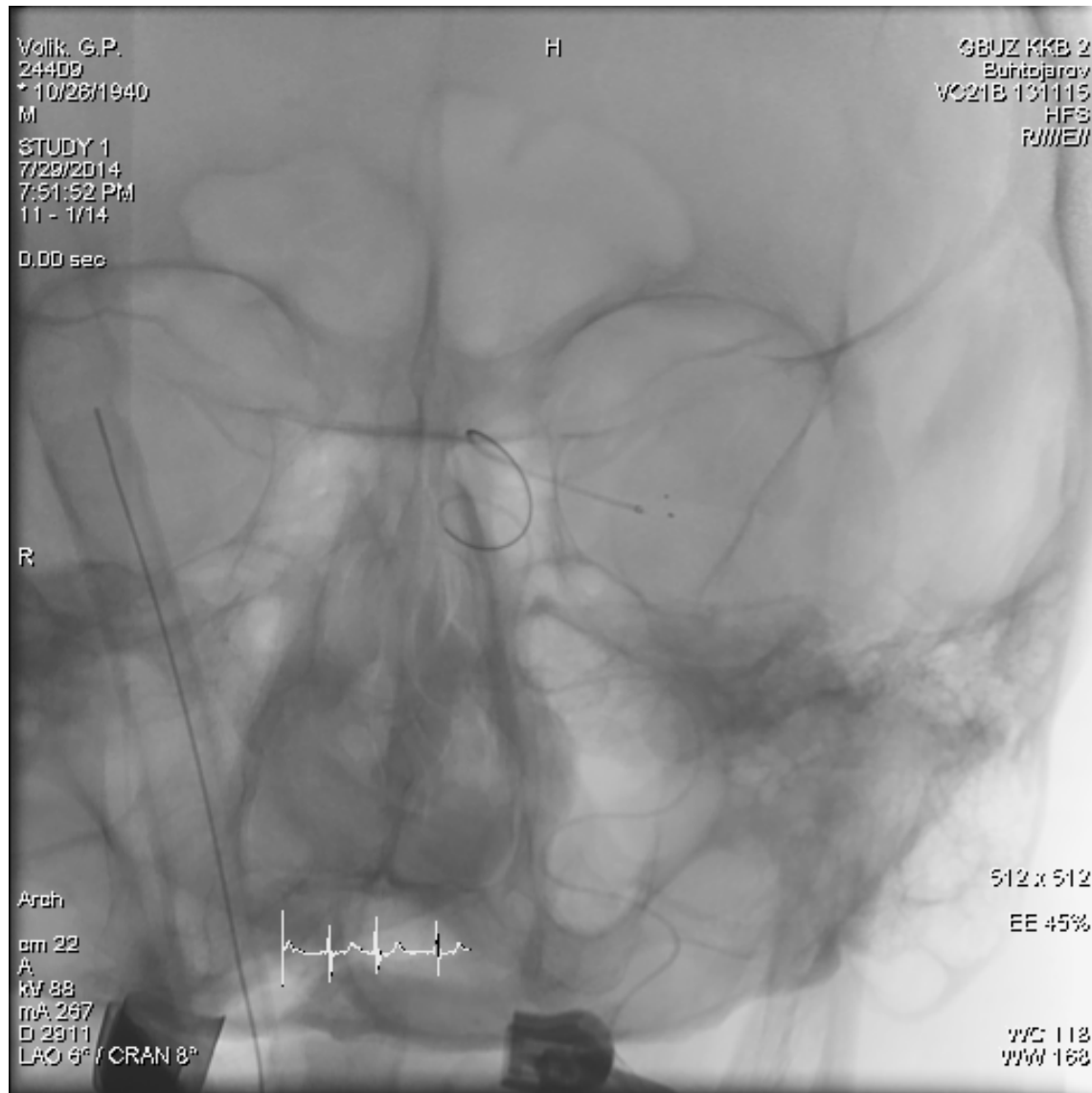
ОНМК в бассейне СМА(5 часов с начала клиники заболевания)



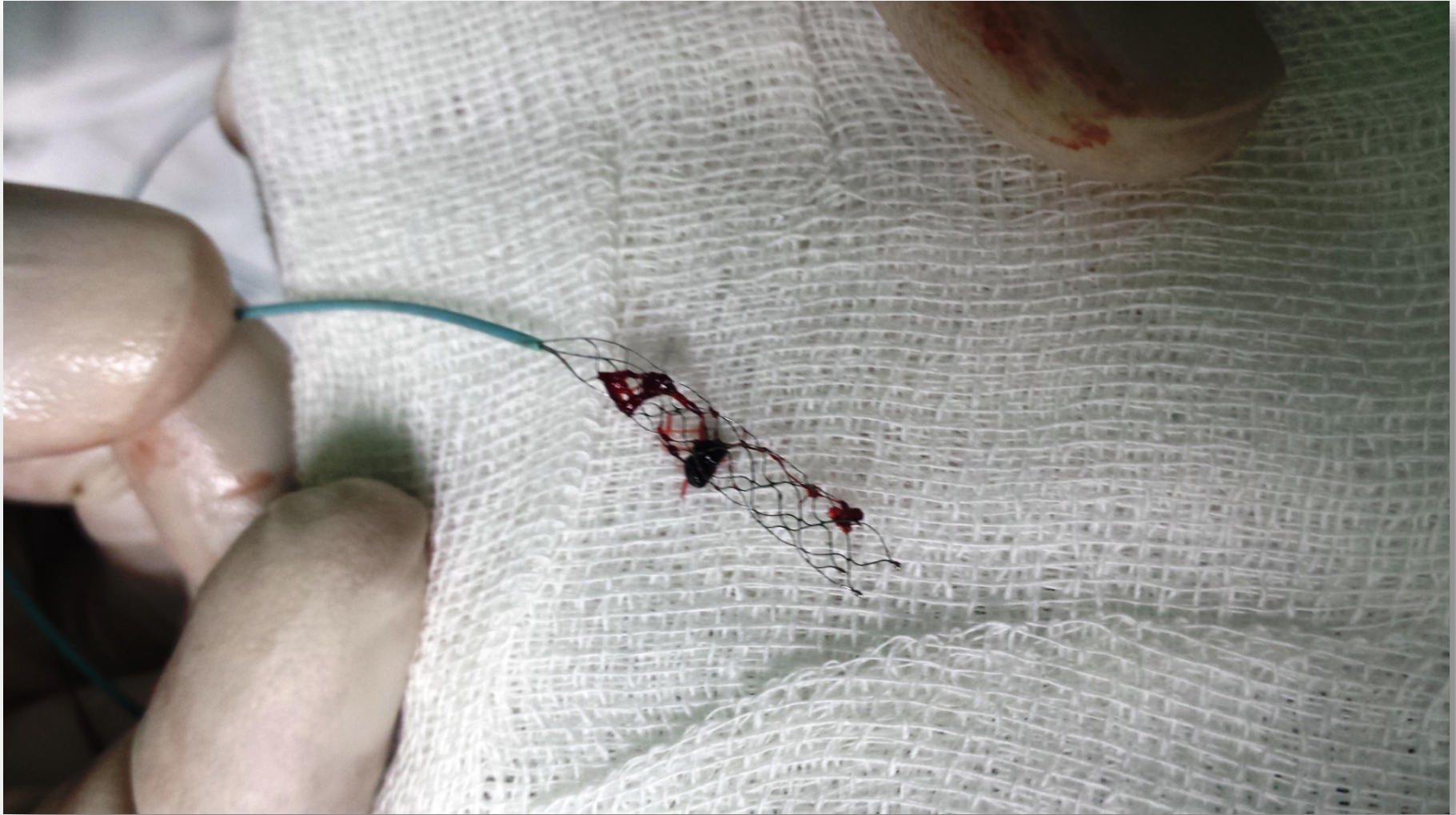
После введения Актилизе – восстановление кровотока с остаточным тромбозом



Установка стента-ретривера Soliter 3.0x20 мм



Терапевтическое «окно» 4–6 часов!



Клинический опыт (ПЦ)

- ✓ 2012 - 2014 г.г.
- ✓ 12 случаев инсульта у женщин во время беременности.
- ✓ Средний возраст женщин $30,67 \pm 5,27$ лет (24-38).
- ✓ В анамнезе
- ✓ Родов $1,33 \pm 1,51$ (0-4),
- ✓ Беременностей $2,33 \pm 2,42$ (0-6).
- ✓ Беременность желанная, наступила спонтанно
- ✓ Первая явка в ЖК до 8 недель беременности (в сроке беременности 16 недель – в 1 случае).

Факторы риска?

- ✓ ИМТ составлял $22,17 \pm 2,64$ (20-27).
- ✓ Наследственный и собственный анамнез не был отягощен по кардиоваскулярным и цереброваскулярным нарушениям 0/12).
- ✓ Наследственная тромбофилия (5/12):
 - ❖ Патологическая (мутантная) гомозигота Метилентетрагидрофолатредуктазы (термолабильный вариант A2222V (C6777T)),
 - ❖ Мутация ингибитора активатора плазминогена (675 4G/5G) гетерозигота,
 - ❖ Полиморфизм (G10976A) коагуляционного фактора VII (A7) гетерозигота,
 - ❖ Мутация (MTRD919D) метионинсинтетазы гетерозигота
 - ❖ Патологическая (мутантная) гомозигота Метилентетрагидрофолатредуктазы (термолабильный вариант A2222V (C6777T))
 - ❖ Мутация ингибитора активатора плазминогена (675 4G/5G) гетерозигота
 - ❖ Полиморфизм (G10976A) коагуляционного фактора VII (A7) гетерозигота,
 - ❖ Мутация (MTRD919D) метионинсинтетазы гетерозигота)
- ✓ Склонность к табакокурению (курила до 20 сигарет в день) (2/12).

Осложнения беременности

- ✓ Настоящая беременность у 1 женщины с 26 недель беременности осложнилась легкой преэклампсией
- ✓ У 11 женщин значимых нарушений течения беременности не было.
- ✓ Инсульт произошел в сроке беременности $35 \pm 3,48$ (30-39) недель.

Тип инсульта

- ✓ Ишемический инсульт (n=11 случаев)
- ✓ в бассейнах
 - ❖ правой задней мозговой артерии,
 - ❖ правой средней мозговой артерии,
 - ❖ правой общей сонной артерии или
 - ❖ корковых ветвей левой средней мозговой артерии.
- ✓ Тромбоз поперечных и правого сигмовидного синуса с очагами вторичной ишемии левой височно-затылочной и правой затылочной областей (n=1).

- ✓ В 10 случаях инсульт наступил на фоне полного благополучия,
- ✓ в 2 случаях на фоне непродолжительной головной боли.
- ✓ Все женщины в остром периоде были доставлены в перинатальный центр в состоянии от относительно удовлетворительного до средней степени тяжести.
- ✓ АДсисст $129 \pm 21,9$ (**120-140**) мм.рт.ст,
- ✓ АДдиаст. $80 \pm 15,81$ (**70-90**) мм.рт.ст.

- ✓ При УЗИ у 2-х женщин выявлены признаки:
 - ❖ малого диаметра позвоночной артерии (2,8 мм vs. 3,1мм правой ПА) или
 - ❖ аномалия вхождения левой позвоночной артерии в позвоночный канал (на уровне CIV) по данным УЗДГ БЦС.
- ✓ Родоразрешение произведено путем кесарева сечения в 37,83 (35-39) недель беременности живыми плодами.
- ✓ Кровопотеря физиологическая.
- ✓ Послеродовый период без акушерских осложнений.

Роль осведомленности женщины о рисках...



Клинический случай 1

- ✓ Беременная Т., 28 лет
- ✓ Артериовенозная мальформация правой гемисферы мозжечка. Состояние после перенесенного в 2009 г. геморрагического инсульта с образованием внутримозговой гематомы левой гемисферы мозжечка, червя мозжечка и субдуральной гематомы ЗЧЯ слева (17.03.2009), состояние после оперативного лечения (КПТЧ в ЗЧЯ с удалением субдуральной гематомы слева). Последствия НМК по ишемическому типу в стволе мозга и левом полушарии мозжечка, легкий тетрапарез, мозжечковая атаксия, дизартрия, легкое астеническое расстройство.

- ✓ В 2010 г. - беременность без прегравидальной подготовки,
- ✓ Протекала без осложнений (по медицинской документации),
- ✓ В 39 недель – плановое КС, живой плод, 3240 гр.,
- ✓ До наступления настоящей беременности принимала Дипиридамол 75 мг/сут.,
- ✓ Данная беременность не запланированная,
- ✓ В 13-14 недель – головокружение, упала (на ступенях лестничного проема), перелом костей левой кисти.
- ✓ Явка в ЖК на учет – в 16 недель беременности.

- ✓ Госпитализирована в АПБ-1
- ✓ Беременность 30-31 неделя. Гестоз легкой степени. Рубец на матке после кесарева сечения. Наследственная предрасположенность к тромбофилическим осложнениям (гомозигота фибриногена, гомозигота PA1-1 гетерозигота метионинсинтетазы)
- ✓ Самостоятельно покинула отделение

Проводилось:

- ✓ Наблюдение врача женской консультации, невролога , нейрохирурга.
- ✓ Даны рекомендации по режиму труда и отдыха, соблюдению диеты, питьевому режиму
- ✓ УЗИ плода в динамике в 32-34 недели
- ✓ КТГ, ДМ контроль в динамике
- ✓ Контроль коагулограммы,
- ✓ Эластическая компрессия нижних конечностей : класс компрессии №1
- ✓ Дипиридамол
- ✓ Фолиевая кислота
- ✓ НМГ до родов , 6 недель в послеродовом периоде
- ✓ Дородовая госпитализация на оперативное родоразрешение в 38 нед. в ПЦ

Клинический случай 2

- ✓ Беременная В., 33 лет, роды вторые от второй беременности.
- ✓ Наследственность, экстрагенитальный, акушерский и гинекологический анамнезы без особенностей.
- ✓ Регулярно наблюдалась в настоящую беременность акушером гинекологом.
- ✓ В 30 недель беременности появились умеренные распирающие головные боли, интенсивность которых нарастала, появилась дезориентация, заторможенность, нарушение речи.
- ✓ Немедленно доставлена в Перинатальный центр, где выявлен тромбоз поперечных и правого сигмовидного синуса с очагами вторичной ишемии левой височно-затылочной и правой затылочной областей с синдромом внутричерепной гипертензии, лёгкими мнестико-апраксическими расстройствами, эмоционально-волевой неустойчивостью.

Клинический случай 2

- ✓ Диагностированы признаки прогрессивно нарастающей гипоксии плода.
- ✓ В интересах плода родоразрешена путем операции К/С, извлечен живой плод с признаками недоношенности с удовлетворительной оценкой по шкале Апгар.
- ✓ В момент операции впервые обнаружено солидное включение в тканях одного из яичников.
- ✓ Cito! гистологическое исследование которого диагностировало как метастаз рака молочной железы.
- ✓ В дальнейшем был установлен диагноз рака молочной железы с метастазами в печень, легкие, головной мозг, лимфатические узлы средостения, в почки, надпочечники, лимфатические узлы брюшной полости, яичники, T2N1M1.

Выводы

- ✓ Клинически физиологически протекающая беременность при отсутствии значимых факторов риска может осложниться инсультом.
- ✓ Каждый клинический случай по своему уникален.
- ✓ До настоящего времени рутинные методики обследования беременных женщин не позволяют прогнозировать развитие инсульта и проводить соответствующие профилактические или лечебные мероприятия.
- ✓ Необходимы многоцентровые исследования по оценке у женщин цереброваскулярных нарушений при беременности и в послеродовом периоде, для того чтобы предотвратить инсульт, способный значительно ухудшить здоровье женщины, привести к её инвалидизации, смертности.
- ✓ Инсульт может явиться результатом различных патологических процессов (нарушение регуляции тонуса сосудов, гемостазиологические нарушения, эндотелтальная дисфункция и т.д.).



**БЛАГОДАРЮ
ЗА ВНИМАНИЕ!**

