



Профилактика инсульта у женщин*

Рекомендации Американской ассоциации сердца¹, Американской ассоциации по изучению инсульта² — 2014

Рекомендации созданы с целью обобщения данных о факторах риска инсульта, уникальных для женщин (имеющих отношение к репродуктивной функции, связанных с преэклампсией, приемом оральных контрацептивов [ОК], менопаузой и гормональной терапией) и чаще встречающихся нежели у мужчин (мигрень с аурой, ожирение, метаболический синдром, фибрилляция предсердий [ФП]), а также для дополнения данных, представленных в более ранних руководствах, посвященных ведению пациенток с инсультом и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин.

Группа экспертов, применявших компьютеризированный поиск, разработала рекомендации на основе проанализированных источников медицинской литературы соответствующей тематики, содержащих данные о взрослых пациентах и опубликованных до 15 мая 2013 г. При анализе материалов, на основе которых разработаны рекомендации, рабочая группа использовала методологические подходы доказательной медицины. В соответствии с ними класс рекомендации является оценкой эффекта лечения с учетом соотношения рисков и преимуществ, а также доказательства и/или согласованности в отношении того, что данное лечение/процедура является или не является полезным/эффективным, либо же в некоторых ситуациях может причинить вред. Уровень доказательности представляет собой оценку достоверности или точности лечебного эффекта.

Последствия преэклампсии и беременности

Профилактика преэклампсии

1. Женщинам с хронической первичной или вторичной артериальной гипертензией (АГ) или предшествующей АГ, связанной с беременностью, следует принимать аспирин в низких дозах с 12-й недели гестации до родов (класс I, уровень доказательности A)³.

2. Для женщин с низким диетическим потреблением кальция (< 600 мг/сут) следует рассмотреть назначение добавок кальция (≥ 1 г/сут, перорально) с целью предотвращения развития преэклампсии (I, A).

Лечение АГ во время беременности и после родов

1. При тяжелой АГ во время беременности необходима терапия безопасными и эффективными антигипертензивными препаратами, такими как метилдопа, лабеталол и нифедипин, с учетом побочных эффектов для матери и плода (I, A).

2. При умеренной АГ во время беременности можно рассмотреть применение безопасных и эффективных антигипертензивных средств с учетом данных о возможном повышении риска инсульта при определенных на текущий момент предельных значениях систолического и диастолического артериального давления (АД), а также сведений о снижении риска развития тяжелой АГ при лечении (хотя соотношение риска и ожидаемой пользы для матери и плода не определено) (IIa, B).

3. Атенолол, блокаторы рецепторов ангиотензина, а также прямые ингибиторы ренина противопоказаны при беременности и не должны использоваться (III, C).

4. После рождения ребенка женщинам с хронической АГ следует продолжать антигипертензивную терапию, откорректировав дозу с учетом уменьшения объема распределения и снижения скорости клубочковой фильтрации после родов. Они также должны находиться под тщательным наблюдением из-за опасности развития послеродовой преэклампсии (IIa, C).

Профилактика инсульта у женщин с преэклампсией в анамнезе

1. Из-за повышенного риска развития в будущем (от 1 года до 30 лет после родов) АГ и инсульта у женщин с преэклампсией в анамнезе (B) целесообразно:

- рассмотреть возможность оценки наличия в анамнезе преэклампсии/эклампсии у всех женщин в период от 6 мес до 1 года после родов, а также у тех, кто старше детородного возраста, и при обнаружении задокументировать это как фактор риска;
- оценить наличие сердечно-сосудистых факторов риска, включая АГ, ожирение, курение и дислипидемию, и назначить лечение (IIa, C).

*Опубликовано в журнале «Рациональная фармакотерапия», 2014, № 3.

¹American Heart Association, АНА; ²American Stroke Association, АСА.

³Далее по тексту в скобках указаны класс рекомендаций и уровень доказательности.



Церебральный венозный тромбоз (ЦВТ)

1. Пациенткам с подозрением на ЦВТ следует выполнить стандартное исследование крови, включающее общий анализ крови, развернутый биохимический анализ, определение протромбинового времени и активированного частичного тромбопластинового времени (I, C).

2. В рамках первичных клинических исследований рекомендовано проведение скрининга для выявления потенциальных протромботических состояний, предрасполагающих к ЦВТ (например использование противозачаточных средств, сопутствующее воспалительное заболевание, инфекционный процесс) (I, C).

3. Тестирование с целью выявления протромботических состояний, в т.ч. дефицита протеина С, протеина S или антитромбина; антифосфолипидного синдрома; мутаций генов протромбина G20210A и фактора V (Лейдена) может быть полезным при ведении пациентов с ЦВТ. Дефицит протеина С, протеина S и антитромбина обычно определяют через 2-4 нед после завершения антикоагулянтной терапии. Ценность тестирования очень ограничена в острой ситуации или у пациентов, принимающих варфарин (IIa, B).

4. У пациентов со спровоцированным ЦВТ (связанным с транзитным фактором риска) прием антагонистов витамина K может быть продлен до 3-6 мес, с целевым значением международного нормализованного отношения (МНО) в пределах 2,0-3,0 (IIb, C).

5. У пациентов с неспровоцированным ЦВТ прием антагонистов витамина K может быть продлен до 6-12 мес, с целевым значением МНО в пределах 2,0-3,0 (IIb, C).

6. Для пациентов с рецидивирующим ЦВТ, венозной тромбоэмболией после ЦВТ или первым проявлением ЦВТ с тяжелой тромбофилией (т.е. гомозигот по мутациям генов протромбина G20210A и фактора V; страдающих дефицитом протеина С, протеина S или антитромбина; имеющих комбинированные генетические дефекты, ведущие к тромбофилическим состояниям, или антифосфолипидный синдром) может быть рассмотрено назначение антикоагулянтов на неопределенный срок с целевым значением МНО в пределах 2,0-3,0 (IIb, C).

7. У женщин с ЦВТ, развившимся во время беременности, следует продолжать антикоагулянтную терапию низкомолекулярным гепарином (НМГ) в полных дозах в течение всей беременности; прием НМГ или антагониста витамина K (целевое значение МНО в пределах 2,0-3,0) следует продолжать в течение ≥ 6 нед после родов (с общей продолжительностью терапии минимум 6 мес) (I, C).

8. Целесообразно информировать женщин с ЦВТ в анамнезе о том, что будущая беременность не противопоказана, но следует продолжать ис-

следования, касающиеся основной причины заболевания и получать консультации гематолога или специалиста-гинеколога (IIa, B).

9. Для лечения острого ЦВТ во время беременности предпочтительнее НМГ в полных дозах, чем нефракционированный гепарин (IIa, C).

10. Для женщин с ЦВТ в анамнезе обосновано профилактическое применение НМГ во время будущих беременностей и в послеродовом периоде (IIa, C).

Прием оральных контрацептивов

1. ОК могут причинять вред женщинам, имеющим дополнительные факторы риска (например курение, предшествующие тромбоэмболические осложнения) (III, B).

2. У женщин, принимающих ОК, может быть целесообразной агрессивная терапия факторов риска инсульта (IIb, C).

3. Проведение рутинного скрининга для выявления протромботических мутаций до начала гормональной контрацепции не целесообразно (III, A).

4. Рекомендован контроль АД до начала гормональной контрацепции (I, B).

Гормональная терапия в постменопаузальный период

1. Гормональная терапия (конъюгированный конский эстроген с/без медроксипрогестерона) не должна применяться для первичной или вторичной профилактики инсульта у женщин в постменопаузе (III, A).

2. Селективные модуляторы эстрогенных рецепторов, такие как ралоксифен, тамоксифен или тиболон, не следует использовать для первичной профилактики инсульта (III, A).

Мигрень с аурой

1. Поскольку существует связь между более высокой частотой мигрени и риском развития инсульта, может быть целесообразным лечение, направленное на снижение частоты приступов головной боли, хотя доказательств в пользу того, что это снижает риск первого инсульта, недостаточно (IIb, C).

2. Из-за повышенного риска развития инсульта у курящих женщин, страдающих мигренью с аурой, следует настоятельно рекомендовать им отказаться от курения (IIa, B).

Ожирение, метаболический синдром и факторы образа жизни

1. Для первичной профилактики инсульта у женщин с сердечно-сосудистыми факторами риска рекомендован здоровый образ жизни, подразумевающий регулярную физическую активность; умеренное потребление алкоголя (< 1 допустимой порции в сутки⁴ для небеременных женщин);

⁴45 мл спиртного крепостью 40° или 150 мл вина крепостью 12°, или 360 мл пива крепостью 5°.



воздержание от курения; диету, богатую фруктами, овощами, зерновыми, орехами, оливковым маслом, с низким содержанием насыщенных жиров (например DASH [Dietary Approaches to Stop Hypertension – диета с антигипертензивным эффектом]) (I, B).

2. Изменение образа жизни с акцентом на диету и физические упражнения рекомендовано для первичной профилактики инсульта у лиц с высоким риском его развития (I, B).

Фибрилляция предсердий

1. Для женщин с ФП рекомендована стратегия стратификации риска, учитывающая связанные с возрастом и полом различия в заболеваемости инсультом (I, A).

2. С учетом повышающейся с возрастом частоты ФП и повышенного риска инсульта у пожилых женщин с ФП рекомендовано проведение активного скрининга (особенно для женщин > 75 лет) в учреждениях первичной медицинской помощи с измерением пульса и последующим электрокардиографическим исследованием при необходимости (I, B).

3. Назначение пероральных антикоагулянтов женщинам в возрасте ≤ 65 лет только с ФП (без других факторов риска; количество баллов по шкале CHADS2⁵ = 0 или по шкале CHA2DS2-VASc⁶ = 1) не рекомендовано (III, B). Антитромбоцитарная терапия является оправданным терапевтическим подходом для отдельных женщин с низким риском (IIa, B).

4. Новые пероральные антикоагулянты представляют собой приемлемую альтернативу варфарину для профилактики инсульта и системной тромбоэмболии у женщин с пароксизмальной или постоянной ФП и предварительно выявленными факторами риска (в соответствии с CHA2DS2-VASc), у которых нет гемодинамически значимых заболеваний клапана сердца (или его протеза), тяжелой почечной недостаточности (клиренс креатинина 15 мл/мин), уменьшенной массы тела (< 50 кг) или заболевания печени в прогрессирующей стадии (нарушения свертываемости) (I, A).

Стратегии профилактики инсульта у женщин

1. Женщины с бессимптомным стенозом сонной артерии должны быть обследованы для выявления других поддающихся лечению факторов риска инсульта; следует назначить соответствующие изменения образа жизни и фармакотерапию (I, C).

2. Женщинам, которые должны подвергнуться каротидной эндартерэктомии (КЭА), при отсут-

ствии противопоказаний рекомендован аспирин, поскольку он применялся во всех крупных исследованиях, продемонстрировавших эффективность КЭА (I, C).

3. Профилактическая КЭА (с соотношением заболеваемость/смертность < 3%) может быть полезна для тщательно отобранных пациенток с бессимптомным стенозом сонных артерий (минимум 60% по данным ангиографии, 70% по подтвержденным результатам ультразвуковой доплерографии) (IIa, A).

4. Для женщин с недавней ТИА или ишемическим инсультом в течение последних 6 мес и выраженным (70-99%) ипсилатеральным стенозом сонной артерии проведение КЭА рекомендовано, если периоперационная заболеваемость и риск смертности составляют < 6% (I, A).

5. Для женщин с недавней ТИА или ишемическим инсультом и умеренным (50-69%) ипсилатеральным стенозом сонной артерии проведение КЭА рекомендовано в зависимости от индивидуальных особенностей (возраст и сопутствующие заболевания), если периоперационная заболеваемость и риск смертности составляют < 6% (I, B).

6. Если выполнение КЭА показано женщинам с ТИА или инсультом, целесообразно провести вмешательство в течение 2 нед, а не откладывать операцию, если нет противопоказаний к ранней реваскуляризации (IIa, B).

7. Терапия аспирином (75-325 мг/сут) является оправданной у женщин с сахарным диабетом при отсутствии противопоказаний (IIa, B).

8. При высокой степени риска (10-летний прогноз риска сердечно-сосудистых заболеваний ≥ 10%) женщинам показан прием аспирина; при непереносимости аспирина – клопидогрел (I, B).

9. Терапия аспирином (81 мг/сут или 100 мг через день) может быть полезна женщинам ≥ 65 лет при условии контроля АД и в случае, если вероятная польза от профилактики ишемического инсульта и инфаркта миокарда превышает риск желудочно-кишечных кровотечений и геморрагического инсульта (IIa, B). Прием аспирина может быть целесообразным для женщин < 65 лет с целью профилактики ишемического инсульта (IIb, B).

Реферативный обзор подготовила Наталья Купко

По материалам: С. Bushnell, L.D. McCullough, I.A. Awad et al. Guidelines for the prevention of stroke in women. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014; 45 (5): 1545-88.

⁵Шкала CHADS2 – клинический инструмент для прогнозирования и оценки риска ишемического инсульта у больных с ФП; название происходит от первых букв англоязычных названий индивидуальных факторов риска инсульта: Congestive heart failure – хроническая сердечная недостаточность, Hypertension – гипертоническая болезнь, Age – возраст ≥ 75 лет, Diabetes mellitus – сахарный диабет, Stroke – ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака (ТИА) в анамнезе.

⁶Шкала CHA2DS2-VASc – применяется для прогнозирования риска ишемического инсульта и системной тромбоэмболии при ФП; представляет улучшенный вариант шкалы CHADS2, расширяя последнюю путем добавления общеизвестных факторов риска инсульта: Vascular disease – поражение сосудов (инфаркт миокарда в анамнезе, атеросклероз периферических артерий, атеросклероз аорты), Age – возраст 65-74 года, Sex category – пол (женский).