

А.Ю. Лиманська, Л.П. Бутенко, Ю.В. Давидова
**Ефективність Нейроцитину в якості допоміжної
терапії неврологічних розладів у вагітних при
порушеннях мозгового кровообігу**

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2017.3(71):25-31; doi 10.15574/PP.2017.71.25

Мета — вивчити ефективність Нейроцитину (Юрія-Фарм), інфузійного розчину цитиколіну та збалансованого складу електrolітів, в якості комплексної нейропротекції в терапії вагітних з ішемічним інсультом у гострий період і в період ранньої та пізньої реабілітації.

Пацієнти та методи. Для виконання поставленої мети оцінено стан хворих за допомогою відповідних шкал, широко використовуваних у сучасній медицині, зокрема, для оцінки стану хворих з інсультом. Досліджено ефективність препарату Нейроцитин у складі комплексної терапії (Юрія-Фарм) 5 вагітних, які мали ішемічний інсульт під час вагітності, та 11 вагітних, що перенесли інсульт в анамнезі (період пізньої реабілітації), але під час даної вагітності мали скарги, які вказували на залишкові постінсультні когнітивні розлади. Препарат призначали по 100 мл 2 рази на добу внутрішньовенно крапельно в гострий період, і 50–100 мл 2 рази на добу крапельно в період ранньої та пізньої постінсультної реабілітації. Слід зазначити, що при гострому інсульті препарат вводили з першої доби захворювання.

Результати. Призначення цитиколіну сприяло поліпшенню неврологічної симптоматики в гострий період ішемічного інсульту. Дослідження показало ефективність і безпеку застосування цитиколіну у відновному періоді у хворих із легкими постінсультними порушеннями нейродинамічних характеристик когнітивних функцій. Препарат Нейроцитин (Юрія-Фарм) дав змогу досягти практично повного відновлення повсякденної активності та ступеня функціонального відновлення (показник модифікованої шкали Ренкіна ≤ 1 балу) в жінок після ішемічного інсульту. Інфузійний розчин Нейроцитин (Юрія-Фарм) сприяв відновленню рівнів об'єму циркулюючого русла і зменшенню концентрації токсичних речовин та їх впливу на нейрони за рахунок особливого складу препарату, зокрема, збалансованого комплексу електrolітів і цитиколіну.

Висновки. Препарат має доведений профіль безпеки і може використовуватись у вагітних за показаннями в гострий період захворювання та в період постінсультної реабілітації.

Ключові слова: вагітні, порушення мозгового кровообігу, ефективність Нейроцитину.

**Efficiency of Neurocitin as an adjunctive therapy of neurological disorders
in pregnant with cerebrovascular disorders**

A.Yu. Limanskaya, L.P. Butenko, I.V. Davydova

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Objective — to study the efficacy of Neurocitin (Yuria-Pharm), an infusion solution of cyticoline and balanced composition of electrolytes, as a complex neuroprotection in the treatment of pregnant women with ischemic stroke in the acute period and in the period of early and late rehabilitation.

Material and methods. In order to achieve this goal, the patients' general condition was assessed using the appropriate widely used in the modern medicine scales, in particular, for assessment of the patient's physical status with ischemic stroke. The efficiency of Neurocitin (Yuria-Pharm) in the complex therapy of 5 pregnant women who had an ischemic stroke during pregnancy and 11 pregnant with a history of stroke (a late rehabilitation period) was investigated, but during the present pregnancy they had complaints that pointed to residual poststroke cognitive disorders. The drug was administered for 100 ml 2 times a day in form of intravenously infusion in an acute period, and 50—100 ml 2 times a day in infusions during the period of early and late poststroke rehabilitation. It should be noted that in acute phase of stroke the drug was administered from the first day of the disease.

Results. The administration of cyticoline contributed to the improvement of neurological symptoms in the acute period of ischemic stroke. The study showed the efficacy and safety of the use of cyticoline during the recovery period in the patients with mild poststroke neurodynamic violations of cognitive functions. Neurocitin (Yuria-Pharm) made it possible to achieve near-complete recovery of daily living activities and degree of functional recovery (according to the modified Rankin Scale ≤ 1 point) in women after ischemic stroke. Infusion solution Neurocitin (Yuria-Pharm) contributed to the restoration of the blood flow volume and the reduction of the toxic substances concentration and its effects on neurons due to the special drug composition, in particular, a balanced complex of electrolytes and cyticoline.

Conclusions. The drug has a proven risk-benefit profile and can be used in treatment of pregnant women in cases of medical necessity during the acute period of the disease and during the poststroke rehabilitation period.

Key words: pregnant women, cerebrovascular disorder, Neurocitin efficacy.

**Эффективность Нейроцитина в качестве вспомогательной терапии неврологических расстройств
у беременных при нарушениях мозгового кровообращения**

А.Ю. Лиманская, Л.П. Бутенко, Ю.В. Давидова

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Цель — изучить эффективность Нейроцитина (Юрия-Фарм), инфузионного раствора цитиколлина и сбалансированного состава электролитов, в качестве комплексной нейропротекции в терапии беременных с ишемическим инсультом в острый период и в период ранней и поздней реабилитации.

Пациенты и методы. Для выполнения поставленной цели оценено состояние больных с помощью соответствующих шкал, широко используемых в современной медицине, в частности, для оценки состояния больных с инсультом. Исследована эффективность препарата Нейроцитин в составе комплексной терапии (Юрия-Фарм) 5 беременных, которые имели ишемический инсульт во время беременности, и 11 беременных, которые перенесли инсульт в анамнезе (период поздней реабилитации), но во время данной беременности имели жалобы, которые указывали на остаточные постинсультные когнитивные расстройства. Препарат назначали по 100 мл 2 раза в сутки внутривенно капельно в острый период, и 50–100 мл 2 раза

в сутки капельно в период ранней и поздней постинсультной реабилитации. Необходимо отметить, что при остром инсульте препарат вводили с первых суток заболевания.

Результаты. Назначение цитиколина способствовало улучшению неврологической симптоматики в острый период ишемического инсульта. Исследование показало эффективность и безопасность применения цитиколина в восстановительном периоде у больных с легкими постинсультными нарушениями нейродинамических характеристик когнитивных функций. Препарат Нейроцитин (Юрия-Фарм) позволил достичь практически полного восстановления повседневной активности и степени функционального восстановления (показатель модифицированной шкалы Ренкина ≤ 1 балла) у женщин после ишемического инсульта. Инфузионный раствор Нейроцитин (Юрия-Фарм) способствовал возобновлению уровней объема циркулирующего русла и уменьшению концентрации токсичных веществ и их влияния на нейроны за счет особенного состава препарата, в частности, сбалансированного комплекса электролитов и цитиколина.

Выводы. Препарат имеет доказанный профиль безопасности и может быть использован у беременных по показаниям в острый период заболевания и в период постинсультной реабилитации.

Ключевые слова: беременные, нарушения мозгового кровообращения, эффективность Нейроцитина.

На теперішній час спостерігається значне зростання рівня цереброваскулярної патології. Цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) — одна з основних причин летальності і стійкої втрати працездатності хворих.

Інсульт може виникнути під час вагітності, у післяпологовому періоді, частота коливається від 11 до 26 на 100 тис. пологів, із найбільшим ризиком у післяпологовому періоді. Вагітність ускладнює вибір антитромботичного лікування серед жінок, які мали попередню транзиторну ішемічну атаку (ТІА) або інсульт унаслідок їх тератогенної дії на плід або збільшення ризику кровотечі для матері. Рекомендації щодо профілактики інсульту під час вагітності базуються на 2 сценаріях: (1) наявності стану підвищеної небезпеки, яка потребує антикоагулянтної терапії варфарином, або (2) на існуванні меншої або невизначеної ситуації ризику, і антитромбоцитарна терапія була б рекомендованим лікуванням, якщо вагітності не було [5].

Існує широкий діапазон причин, які викликають інсульт у молодому віці, що різняться в різних країнах і різних центрах. За даними одного з найбільших досліджень недавнього часу [1], що включало 1008 пацієнтів молодого віку з інсультом, атеротромботичний підтип інсульту спостерігався в 7,5% випадків, кардіоеMBOLІЧНИЙ підтип — у 19,6%, інсульт при захворюваннях дрібних судин — у 13,8%, інсульт при інших уточнених причинах — у 26,0%, множинні етіологічні причини — у 2,1% випадків. За даними інших дослідників [6], частота кардіоеMBOLІЧНОГО інсульту становить близько 20–30% серед ішемічних порушень мозкового кровообігу, а у хворих молодого віку може досягати 40%, що підкреслює важливе значення адекватного лікування і реабілітації з метою зменшення проявів неврологічного дефіциту та інвалідизації.

Показано, що практично усі захворювання серця можуть спричиняти розвиток церебраль-

ної емболії. Патологічні зміни клапанів і вроджені вади розвитку — дві групи найбільш поширених причин кардіоеMBOLІЧНОГО інсульту після порушень серцевого ритму в молодих дорослих пацієнтів. Відкрите овальне вікно (ВОВ) виявляється приблизно у 27% дорослих пацієнтів. Добре відомий зв'язок між криптогенним інсультом у молодих і ВОВ, яке є в половини цих пацієнтів [3]. Парадоксальні емболії розвиваються за наявності праволівого шунта, коли венозний ембол потрапляє в артеріальне русло. Тромб унаслідок застою кровообігу може формуватися і без ВОВ і бути чутливим до аритмій, які є потенційними тригерами виникнення кардіоеMBOLІЙ [4].

Існують дані щодо виникнення інсультів у вагітних на тлі ВОВ [7, 10]. Вагітність асоціюється з гіперкоагуляційними порушеннями і підвищенням ризику венозних тромбоеMBOLІЙ. Під час вагітності та в післяпологовому періоді ішемічний інсульт найчастіше обумовлений емболією з вен тазу, ніг, правого передсердя [12]. При цьому розвивається гостра оклюзія середньої мозкової або іншої великої церебральної артерії з відповідною неврологічною симптоматикою. Переміщення емболів із правої половини серця в ліве може бути викликане незарощенням овального отвору, проведенням трансезофагеальної ехокардіографії (ТЕЕхоКГ), дефектом міжшлуночкової перетинки. Перипарціальна кардіоміопатія також може бути чинником розвитку кардіоеMBOLІЧНОГО інсульту [2]. У масштабному дослідженні, проведеному в США [9], серед 1 408 015 вагітних зареєстровано 183 випадки інсульту і 170 випадків внутрішньочерепних венозних тромбозів.

У жінок з ішемічним інсультом рекомендується проведення стратифікації ризиків за ліпідним профілем, рівнем гемоглобіну А1с та функцією щитоподібної залози. Також необхідно оцінювати тромбофілічні ризики,

наявність антифосфоліпідних антитіл та дефіциту білка C / S. Підвищений рівень антифосфоліпідних антитіл, у тому числі люпус-антикоагулянту, антикардіоліпідних антитіл та анти- β 2-глікопротеїн-1 антитіл пов'язаний з підвищеним ризиком артеріальної та венозної тромбоемболії та інсульту. Крім того, жінки з антифосфоліпідним синдромом мають підвищений ризик втрати плода, що вважається вторинним для зв'язування антифосфоліпідних антитіл із клітинами трофобластів, що призводить до дефектної плацентації та плацентогенезу. У вагітних з інсультом необхідно досліджувати генетичну панель тромбофілії: дефіцит фактора V (мутація фактора V Ледени), дефіцит антитромбіну, надлишок фактора VIII, гіпергомоцистеїнемію, дефіцит білка C і S, а також мутацію протромбіну 20210 [5, 8].

Слід зазначити, що при вагітності відбуваються фізичні та нейроендокринні зміни, багато з яких мають бути нейропротекторними проти таких тяжких неврологічних проблем, як інсульт. Так, змінюється активність гіпоталамогіпофізарно-надниркової системи, рівень базального кортикостерону змінюється в період пізньої вагітності, а рівні естрогену і прогестерону підвищуються протягом вагітності і зменшуються в останні кілька днів, під їх впливом відбувається ремоделювання серцево-судинної системи, а температура тіла хронічно знижується. Існує гіпотеза, що всі ці зміни повинні захищати мозок вагітної від ішемічного ушкодження. Наприклад, естроген, як відомо, має нейропротективний ефект у мозку після ішемії церебральних судин, а кортикостерон знижує розміри ушкоджень мозку в гіпоксично-ішемічних новонароджених. Гіпотермія також має нейропротективний ефект [5, 11].

Незважаючи на те, що інсульти в молодих жінок зустрічаються досить рідко, сучасна тенденція до відкладення дітородного віку дає змогу припустити, що пов'язані з віком неврологічні події, такі як інсульт, стануть більш поширеними під час вагітності, тому необхідно розробити ефективні методи профілактики, ранньої діагностики та комплексної терапії і реабілітації таких хворих [11].

На теперішній час існують два основні напрямки терапії ішемічного інсульту — реперфузія і нейрональна протекція. Реперфузія пов'язана з відновленням кровообігу в зоні ішемії. Нейрональна протекція реалізується на клітинному рівні і спрямована на запобігання загибелі слабо або майже нефункціонуючих,

але ще життєздатних нейронів, розташованих навколо вогнища інфаркту. Провідний метод реперфузії — тромболізис. Один з основних методів нейропротекції — це медикаментозний захист мозку.

Цитиколін — єдиний нейропротектор, який згадується в рекомендаціях Європейської організації з ішемічного інсульту (II): «Мета-аналіз результатів досліджень виявив ефективність цитиколіну, клінічні дослідження цього препарату тривають». Мета-аналіз 4 досліджень, проведених у США, що охоплювали 1652 пацієнтів, показав, що цитиколін перевершував плацебо в досягненні практично повного відновлення повсякденної активності та ступеня функціонального відновлення (показник модифікованої шкали Ренкіна ≤ 1 балу); $p=0,01$. При цьому препарат продемонстрував більш високу ефективність у пацієнтів із помірними і тяжкими порушеннями: оцінка за шкалою тяжкості інсульту Інституту здоров'я США (National Institutes of Health Stroke Scale — NIHSS) ≥ 8 . У клінічних дослідженнях показана ефективність цитиколіну в дозі 750–1000 мг/доба внутрішньовенно протягом 10–14 днів у пацієнтів з II [9].

Цитиколін (цитидиндифосфатхолін, ЦДФ-холін) є мононуклеотидом, до складу якого входять рибоза, цитозин, пірофосфат і холін. В організмі його основна роль зводиться до участі в синтезі структурних фосфоліпідів клітинних мембран, що має особливе значення для нормального функціонування нервової тканини. Крім того, цитиколін є екзогенним джерелом ацетилхоліну — одного з ключових медіаторів нервової системи.

Мета дослідження — вивчити ефективність Нейроцитину (Юрія-Фарм), інфузійного розчину цитиколіну та збалансованого складу електролітів в якості комплексної нейропротекції, в терапії вагітних з ішемічним інсультом у гострий період і в період ранньої та пізньої реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

Для виконання поставленої мети оцінено стан хворих за допомогою відповідних шкал, широко використовуваних у сучасній медицині, зокрема, для оцінки стану хворих з інсультом.

Тяжкість неврологічної симптоматики в гострому періоді ішемічного інсульту оцінено за допомогою спеціально розробленої шкали NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale, USA). Дана шкала використовується для оцінки неврологічного статусу, локалізації

інсульту (у каротидному або вертебробазиллярному басейні), диференціальної діагностики і результатів лікування. Її основу становить ряд параметрів, які віддзеркалюють ступінь порушення основних розладів унаслідок гострого цереброваскулярного захворювання: 1) рівень свідомості (пильнування, відповіді на питання, виконання команд); 2) зорові функції (рухи очних яблук, поля зору); 3) рухові порушення як при півкульному, так і при ствольному інсульті; 4) координаційні порушення (палець-ніс і колінно-п'яткова проби); 5) чутливість (враховують порушення за гемітипом); 7) мовні порушення (дизартрія, афазія).

Оцінка за шкалою NIHSS має важливе значення для планування тромболітичної терапії і контролю її ефективності.

Необхідність у подальших реабілітаційних заходах і загальний стан хворого після інсульту оцінено за шкалою Ренкіна, яка має найбільш широке застосування в клінічній практиці для оцінки функціонального стану хворого після інсульту. Вона дає змогу об'єктивно оцінити динаміку симптомів і функціональних порушень, ефективність реабілітаційних заходів, необхідність використання допоміжних пристосувань та ін. Функціональні шкали включають визначення ступеня інвалідизації або залежності від допомоги в повсякденній життєвій активності і визначення функціональної незалежності. Ці шкали дають змогу визначити необхідність використання допоміжних пристосувань та ін. Шкала Ренкіна включає п'ять ступенів інвалідизації після мозкового інсульту: 0 — немає симптомів; 1 — відсутність істотних порушень життєдіяльності, незважаючи на наявність деяких симптомів: здатний виконувати усі повсякденні обов'язки; 2 — легке порушення життєдіяльності: нездатний виконувати

деякі колишні обов'язки, проте справляється з власними справами без сторонньої допомоги; 3 — помірне порушення життєдіяльності: потребує деякої допомоги, проте здатний ходити без сторонньої допомоги; 4 — виражене порушення життєдіяльності: нездатний ходити без сторонньої допомоги, нездатний справлятися з власними фізичними потребами без сторонньої допомоги; 5 — тяжке порушення життєдіяльності: прикутий до ліжка, нетримання сечі і калу, потребує постійної допомоги і нагляду персона.

Досліджено ефективність препарату Нейроцитин у складі комплексної терапії (Юрія-Фарм) 5 вагітних, які мали ішемічний інсульт під час вагітності, та 11 вагітних, що перенесли інсульт в анамнезі (період пізньої реабілітації), але під час даної вагітності мали скарги, які вказували на наявність залишкових постінсультних когнітивних розладів. Препарат призначали по 100 мл 2 рази на добу внутрішньовенно крапельно в гострий період, та 50–100 мл 2 рази на добу крапельно в період ранньої та пізньої постінсультної реабілітації. Слід зазначити, що при гострому інсульті препарат вводили з першої доби захворювання.

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано поінформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними обстеження і результатами аналізу за шкалою NIHSS у вагітних (табл. 1), що мали гострий ішемічний інсульт під час вагітності, лише в одній вагітній спостерігався суттєво виражений неврологічний дефіцит

Таблиця 1

Оцінка стану вагітних із гострим інсультом за шкалою NIHSS (у балах)

Показник шкали	1 вагітна	2 вагітні	3 вагітні	4 вагітні	5 вагітних
Рівень свідомості (пильнування, відповіді на питання, виконання команд)	1	—	—	—	2
Зорові функції (рухи очних яблук, поля зору)	—	—	—	—	—
Рухові порушення як при півкульному, так і при ствольному інсульті	2	2	2	3	4
Координаційні порушення (палець—ніс і колінно-п'яткова проби)	3	2	2	1	4
Чутливість (враховують порушення за гемітипом)	1	—	—	—	2
Мовні порушення (дизартрія, афазія)	3	2	2	2	3
Кількість балів	10	6	6	6	15

(15 балів за шкалою NIHSS). У решти жінок оцінку в балах не перевищувала 10, що вказувало на наявність незначного неврологічного дефіциту.

Слід зазначити, що результати оцінки стану за шкалою NIHSS дають змогу орієнтовно визначити прогноз захворювання. Так, при оцінці менше 10 балів вірогідність сприятливого результату через 1 рік становить 60–70%, а при оцінці понад 20 балів — відповідно 4–16%. Також показанням для проведення тромболітичної терапії є наявність неврологічного дефіциту (більше 3 балів за шкалою NIHSS). Тяжкий неврологічний дефіцит (понад 25 балів за цією шкалою) є відносним протипоказанням до проведення тромболізу і не чинить істотного впливу на результат захворювання.

Усі вагітні були оглянуті невропатологом. За допомогою магнітно-резонансної томографії (МРТ), а за необхідності, комп'ютерної томографії (КТ) верифіковано діагноз ішемічного інсульту. Призначено відповідне комплексне лікування (гіпотензивні, сечогінні, препарати сульфату магнію, гормональна підтримка вагітності тощо). Враховуючи наявність вагітності, легкий/помірний ступінь тяжкості перебігу інсульту і наявність призначень суміжних спеціалістів (невропатолог, нейрохірург), пацієнтки отримували антикоагулянтну терапію еноксапарином. Тромболізіс не призначався. В якості медикаментозної нейропротекції використовувався препарат нейроцитин (цитиколін) по 200 мл на добу внутрішньовенно крапельно протягом 14 днів. Через 5 днів поступово намітився регрес неврологічної симптоматики у всіх хворих жінок. Після закінчення курсу лікування нейроцитином, вагітні почувалися значно краще, їх стан був

задовільним, майже повністю регресувала неврологічна симптоматика. У жінки, яка мала 15 балів за шкалою NIHSS, спостерігались залишкові незначні неврологічні розлади та слабкість у кінцівках. Слід відмітити, що весь процес лікування контролювався невропатологами, акушерами-гінекологами, за необхідності, нейрохірургами.

Вагітні, які мали ішемічний інсульт в анамнезі (три-п'ять років до вагітності) і скаржились на погіршення когнітивних функцій (пам'яті, уваги, мислення), головний біль, запаморочення, були оцінені за шкалою Ренкіна з метою визначення необхідності в подальших реабілітаційних заходах проведення терапії (табл. 2).

За даними оцінки стану вагітної за шкалою Ренкіна, у 8 вагітних, які перенесли інсульт в анамнезі, не спостерігалось істотних порушень життєдіяльності, незважаючи на наявність деяких симптомів. Легкі порушення життєдіяльності були у 3 вагітних. З метою поліпшення когнітивних розладів усім вагітним у період постінсультної реабілітації призначався цитиколін внутрішньовенно 50–100 мл 2 рази/добу. Лікування призначалось після планової консультації невропатологом. Слід зазначити, що після проведеного лікування всі жінки (100%) відмічали поліпшення нейродинамічних характеристик когнітивних функцій, зокрема, уваги та пам'яті. Головний біль значно меншою мірою вираженості залишився тільки в 1 вагітної.

Небажані лікарські реакції при призначенні цитиколіну не зафіксовані.

Клінічний випадок. Вагітна Е. була доставлена каретою швидкої допомоги у відділення нейрохірургії, до консультативної допомоги долучені автори публікації. З анамнезу відомо, що раптово ввечері виникла слабкість у правих

Таблиця 2

Оцінка стану вагітних, які мали ішемічний інсульт в анамнезі за шкалою Ренкіна

Показник	Кількість вагітних, які мають певні скарги
0 — немає скарг	—
1 — відсутність істотних порушень життєдіяльності, незважаючи на наявність деяких симптомів: здатний виконувати усі повсякденні обов'язки	8
2 — легке порушення життєдіяльності: нездатний виконувати деякі колишні обов'язки, проте справляється з власними справами без сторонньої допомоги	3
3 — помірне порушення життєдіяльності: потребує деякої допомоги, проте здатний ходити без сторонньої допомоги	—
4 — виражене порушення життєдіяльності: нездатний ходити без сторонньої допомоги, нездатний справлятися з власними фізичними потребами без сторонньої допомоги	—
5 — тяжке порушення життєдіяльності: прикутий до ліжка, нетримання сечі і калу, потребує постійної допомоги і нагляду персоналу	—

кінцівках, порушення мови, багаторазове блювання. Неврологічний статус: свідомість ясна, афазія, згладжена права носогубна складка, плегія у правих кінцівках із низьким тонусом у руці і дещо підвищеним у нозі, координаційні проби правими кінцівками не виконує. Хворій проведено МРТ головного мозку без контрастування та встановлено діагноз «Гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом у басейні лівої середньомозкової артерії». У зв'язку з деяким погіршенням стану жінки у вигляді прогресивного збільшення ступеня правосторонньої плегії проведено КТ головного мозку з метою верифікації діагнозу.

За даними КТ головного мозку: ознаки вогнищ патологічного сигналу в речовині мозку свідчать про порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом у басейні лівої середньомозкової артерії.

Сонографічне дослідження кровообігу мозкових судин (екстра- та інтракраніально) не виявило гемодинамічно позначених стенозів. Спостерігалось лише тотальне прискорення інтракраніального кровообігу.

Хвора обстежена акушером-гінекологом, їй проведено ультразвукове дослідження плода (прогресуюча вагітність 28–29 тижнів, порушень матково-плацентарного кровообігу не виявлено).

З урахуванням усіх обстежень встановлено діагноз «Церебро-васкулярна хвороба. Ішемічний інсульт у басейні лівої середньомозкової артерії у вигляді мовних порушень і правобічної геміплегії. Варикозна хвороба. Венозна недостатність II–III ступеня. Вагітність – 28–29 тижнів».

Оцінка за шкалою NIHSS у даної жінки дорівнювала 15 балів на момент встановлення діагнозу.

Вагітна отримувала лікування, призначене невропатологом та акушером-гінекологом: антикоагулянтна терапія (еноксапарин 0,2 підшкірно 2 рази/добу), магнію сульфат 25% внутрішньовенно крапельно тощо. В якості нейропротективної терапії призначено цитиколін по 100 мг внутрішньовенно крапельно 2 рази/добу.

Через 3 дні лікування стан жінки суттєво поліпшився, наростає сила в правих кінцівках до 4,5 балу, але утримувалась моторна афазія. На 6-й день лікування намітилась тенденція до зменшення проявів афазії. З 8-го дня пацієнтка була доступна мовному контакту і скарижилась

на деякі порушення уваги та періоди запаморочення, оцінка за шкалою NIHSS (у динаміці) – 5 балів. Після 14-го дня лікування вищезгадані скарги зникли, спостерігалися залишкові явища зниження тонусу і сили в правих кінцівках, більше в руці. Стан плода не погіршився. З боку стану інших систем організму жінки патологічні ознаки не виявлялися. Після проведеного лікування із суттєвим поліпшенням вагітна виписана додому під спостереження невропатолога.

У терміні 39 тижнів вагітності жінка шляхом елективного кесаревого розтину народила здорового хлопчика масою 3400 г, 52 см, за шкалою Апгар 8 балів. Обстеження дитини педіатрами не виявило відхилень від норми. Слід зазначити, що в післяпологовому періоді жінка отримувала ще один курс лікування цитиколіном (нейропротекція в період постінсультної реабілітації) у зв'язку зі скаргами на порушення уваги та пам'яті. Після четвертого введення відзначила про відсутність вищевказаних скарг. Жінка виписана з рекомендаціями щодо лікування реабілітаційного постінсультного періоду під спостереженням невропатолога.

Висновки

Призначення цитиколіну сприяло поліпшенню неврологічної симптоматики в гострий період ішемічного інсульту.

Дослідження показало ефективність і безпеку застосування цитиколіну у відновному періоді у хворих із легкими постінсультними порушеннями нейродинамічних характеристик когнітивних функцій.

Препарат Нейроцитин (Юрія-Фарм) дав змогу досягти практично повного відновлення повсякденної активності та ступеня функціонального відновлення (показник модифікованої шкали Ренкіну ≤ 1 балу) в жінок після ішемічного інсульту.

Інфузійний розчин Нейроцитин (Юрія-Фарм) сприяв відновленню рівнів об'єму циркулюючого русла і зменшенню концентрації токсичних речовин та їх впливу на нейрони за рахунок особливого складу препарату, зокрема, збалансованого комплексу електролітів і цитиколіну.

Препарат має доведений профіль безпеки і може використовуватись у вагітних за показаннями в гострий період захворювання та в період постінсультної реабілітації.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Analysis of 1008 Consecutive Patients Aged 15 to 49 With First-Ever Ischemic Stroke. The Helsinki Young Stroke Registry / J. Putaala, A.J. Metso, T.M. Metso [et al.] // *Stroke*. — 2009. — Vol. 40 (4). — P. 1195—1203.
2. Baughman K.L. Peripartum cardiomyopathy / K.L. Baughman // *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. — 2001. — Vol. 3 (6). — P. 469—480. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11936-001-0021-x>.
3. Citicoline in the treatment of acute ischaemic stroke: an international, randomised, multicentre, placebo-controlled study (ICTUS trial) / A. Davalos, J. Alvarez-Sabin, J. Castillo, [et al.] // *Lancet*. — 2012. — Vol. 380 (9839). — P. 349—357. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60813-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60813-7)
4. Davalos A. Citicoline preclinical and clinical update 2009—2010 / A. Davalos, J. Secades // *Stroke*. — 2011. — Vol. 42. — P. S36—S9.
5. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease / J.D. Easton, J.L. Saver, G.W. Albers [et al.] // *Stroke*. — 2009. — Vol. 40. — P. 2276—2293.
6. Effect of medical treatment in stroke patients with patent foramen ovale: patent foramen ovale in Cryptogenic Stroke Study / S. Homma, R.L. Sacco, M.R. Di Tullio [et al.] // *Stroke*. — 2002. — Vol. 105 (22). — P. 2625—2631.
7. Giberti L. Pregnancy, patent foramen ovale and stroke: a case of pseudoperipheral facial palsy / L. Giberti, G. Bino, P. Tanganelli // *Neurol. Sci.* — 2005. — Vol. 26 (1). — P. 43—45. DOI:
8. Heart disease and stroke statistics-2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee / W. Rosamond, K. Flegal, G. Friday [et al.] // *Circulation*. — 2007. — Vol. 115. — P. e69—e171.
9. Lanska D.J. Risk Factors for Peripartum and Postpartum Stroke and Intracranial Venous Thrombosis / D.J. Lanska, R.J. Kryscio // *Stroke*. — 2000. — Vol. 31 (6). — P. 1274—1282.
10. Lui C.Y. Arrhythmogenic right ventricular dysplasia masquerading as peripartum cardiomyopathy with atrial flutter, advanced atrioventricular block and embolic stroke / C.Y. Lui, F.I. Marcus, R.E. Sobonya // *Cardiology*. — 2002. — Vol. 97 (1). — P. 49—50.
11. Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group / L.B. Goldstein, R. Adams, M.J. Albers [et al.] // *Stroke*. — 2006. — Vol. 37. — P. 1583—1633.
12. Prognostic usefulness of left ventricular thrombus by echocardiography in dilated cardiomyopathy in predicting stroke, transient ischaemic attack, and death / T.C. Crawford, W.T. Smith, E.J. Velazquez [et al.] // *Am. J. Cardiol.* — 2004. — Vol. 93 (4). — P. 500—503.
13. Saver J.L. Choline precursors in acute and subacute human stroke: a meta-analysis / J.L. Saver, J. Witterdink // *Stroke*. — 2002. — Vol. 33. — 353 p.

Сведения об авторах:

Лиманская Алиса Юрьевна — к. мед. н., врач терапевт высшей категории акушерского отделения экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

Бутенко Людмила Петровна — ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Давыдова Юлия Владимировна — д. мед. н., магистр государственного управления, зав. акушерским отделением экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

Статья поступила в редакцию 15.05.2017 г.