



УДК 616.831-005.1-036.1

**А.Г. ФАЗЛИАХМЕТОВА, Э.И. БОГДАНОВ**

Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

## Ишемический инсульт при антифосфолипидном синдроме: клиническое наблюдение

**Фазлиахметова Алсу Газинуровна** — врач неврологического отделения, аспирант кафедры неврологии и реабилитации, тел. +7-917-262-90-04, e-mail: fragaria5@rambler.ru

**Богданов Энвер Ибрагимович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и реабилитации, e-mail: enver\_bogdanov@mail.ru

*Представлен клинический случай развития ишемического инсульта при первичном антифосфолипидном синдроме. Показана необходимость проведения скрининга на антифосфолипидный синдром молодым пациентам с ишемическим инсультом неизвестной этиологии.*

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, антифосфолипидный синдром, инсульт у молодых.

**A.G. FAZLIKHMETOVA, E.I. BOGDANOV**

Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

## Ischemic stroke in antiphospholipid syndrome: a clinical observation

**Fazliakhetova A.G.** — doctor of the Neurology Department, postgraduate student of the Department of Neurology and Rehabilitation, tel. +7-917-262-90-04, e-mail: fragaria5@rambler.ru

**Bogdanov E.I.** — D. med. Sc., Professor of the Department of Neurology and Rehabilitation, e-mail: enver\_bogdanov@mail.ru

*The clinical case of ischemic stroke in a patient with primary antiphospholipid syndrome is presented. It was shown the necessity of the screening for the antiphospholipid syndrome in young patient with stroke unknown etiology.*

**Key words:** ischemic stroke, antiphospholipid syndrome, young stroke.

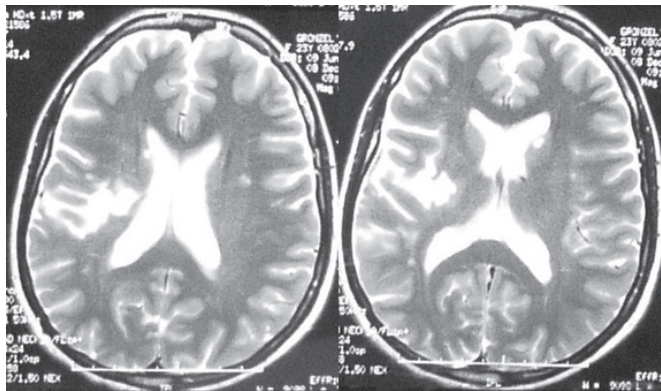
Антифосфолипидный синдром (АФС) характеризуется рецидивирующим тромбообразованием, выкидышами, тромбоцитопенией, связанными с наличием в крови антифосфолипидных антител (аФЛ) (антикардиолипиновые, волчаночный антикоагулянт и анти-бета-2-гликопротеин I) [1]. Частота обнаружения аФЛ у здоровых людей колеблется от 1 до 5% и увеличивается с возрастом, особенно у пожилых людей с хроническими заболеваниями [1]. Средний возраст начала клинических проявлений заболевания составляет 31 год [1]. Как и другие аутоиммунные ревматические болезни, АФС чаще встречается у женщин, чем у мужчин (соотношение 5:1) [2]. АФС считается самой частой причиной приобретенной тромбофилии у человека [2].

Различают первичный и вторичный АФС: первый развивается у больных, не имеющих аутоиммунных заболеваний, второй — при их наличии, чаще всего в присутствии системной красной волчанки. При вторичном АФС соотношение женщин и мужчин составило 7,5:1, а при первичном АФС оно было 3,5:1. Первичный и вторичный АФС обнаруживают почти с одинаковой частотой: у 53,1% обследованных был выявлен первичный АФС, у 46,9% — вторичный [2].

Причины АФС (а также синтеза аФЛ) до конца неясны. Вирусные и бактериальные инфекции могут служить этиологическими факторами разнообразной аутоиммунной патологии человека, нельзя исключить их роль и при АФС [2]. По мнению многих исследователей, один только синтез аФЛ у человека не может спровоцировать клинически значимые нарушения гемостаза. Это послужило основанием для гипотезы «двойного удара» (twohit hypothesis), согласно которой аФЛ («первый удар») создают условия для гиперкоагуляции, а формирование тромба индуцируется дополнительными медиаторами («второй удар»), усиливающими активацию каскада свертывания крови, уже вызванную аФЛ2. Действительно, имеются данные о том, что частота тромбозов у пациентов с аФЛ в крови существенно нарастает при наличии других факторов риска гиперкоагуляции, например, беременности, курения, хирургических операций и особенно врожденных тромбофилий [2].

С морфологической точки зрения поражение сосудов при АФС определяется как васкулопатия, характеризующаяся тромботическим поражением сосудов, ведущим к окклюзии. Многие, хотя и далеко не все, типы поражения ЦНС можно объяснить «тромбогенным» действием аФЛ. Полагают,



**Рисунок 1. МРТ картина пациентки Г., режим T2**

фаркт кровоснабжения средней мозговой артерии был выявлен у 4 из 11 больных [4]. ИИ может быть изолированным, но чаще множественным и рецидивирующим. Чаще в процесс вовлекается средняя мозговая артерия, однако описано поражение любых сосудов мозга. При МРТ мозга у пациентов с АФС-ассоциированным ИИ обычно выявляют кортикальные дефекты, соответствующие поражению крупных артерий. Реже обнаруживают небольшие очаги повышенной плотности в белом веществе мозга, связанные с поражением мелких артерий [2].

Для вторичной профилактики артериальных тромбозов применяют антикоагулянты непрямого действия и антиагреганты. Прием непрямого антикоагулянтов осуществляется под контролем международного нормализационного отношения (МНО). Рецидивирующие артериальные тромбозы наблюдаются нечасто среди пациентов, принимающих оральные антикоагулянты с контролем МНО 3-4, большинство тромбозов возникают при приеме варфарина с контролем МНО менее 3. Также пациенты с рецидивирующими артериальными тромбозами имеют высокий риск повторного тромбоза, даже если они принимают варфарин с контролем МНО 2-3. По мнению Guillermo Ruiz-Irastorza и соавт., пациенты с рецидивирующими артериальными тромбозами должны получать варфарин с контролем МНО более 3 [5]. Таким образом, молодым пациентам (младше 50 лет) с ИИ и АФС, имеющих высокий риск рецидивирования, должен назначаться варфарин, однако в настоящее время нет доказательств, что варфарин предпочтительнее, чем антиагрегантная терапия [3].

**Рисунок 2. Магнитно-резонансная ангиография пациентки Г.**

Характерными особенностями ИИ при АФС являются: более частое развитие у женщин, склонность к рецидивированию при отсутствии вторичной профилактики непрямыми антикоагулянтами и аспирином, хороший регресс неврологических симптомов. Скрининг на АФС должен проводиться молодым пациентам с инсультом, пациентам с повторными инсультами и пациентам с тромбоокклюзией неизвестной природы.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Carlos E.M. Rodrigues, Joze Iio F. Carvalho, Yehuda Shoenfeld. Neurological manifestations of antiphospholipid syndrome // *Eur J Clin Invest.* — 2010. — Vol. 40(4). — P. 350-359.
2. Насонов Е.Л. Антифосфолипидный синдром. — М.: Литтерра, 2004.
3. Keeling D., Mackie I., Moore G.W. et al. Guidelines on the investigation and management of antiphospholipid syndrome // *British Journal of Haematology.* — 2012. — Vol. 157. — P. 47-58.
4. Kim J.H., Choong-Gon Choi, Soo-Jung Choi. Primary Antiphospholipid Antibody Syndrome: Neuroradiologic Findings in 11 Patients // *Korean J Radiol.* — 2000. — Vol. 1. — P. 5-10.
5. Irastorza G.R., Hunt B.J., Khamashta M.A. A Systematic Review of Secondary Thromboprophylaxis in Patients with Antiphospholipid Antibodies // *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research).* — 2007 December 15. — Vol. 57, No.8. — P. 1487-1495.