



Глава 4.  
Рекомендации по модификации  
факторов риска, поддерживающей  
терапии, вторичной профилактике  
ИНСУЛЬТОВ.

# Ведение детей с инсультом

## Рекомендации по модификации факторов риска развития инсульта

### Класс I

1. Скрининг тромбофилии проводится членам семей, где дети с известными тромбофильными дефектами перенесли ишемический инсульт или ТЦВС. Необходимо объяснять членам семьи риски и пользу данного скрининга.
2. Скрининг тромбофилии проводится матерям, у которых дети с ишемическим инсультом, случившемся перед, во время или сразу после рождения, даже если скрининг тромбофилии в неонатальном периоде негативный. Необходимо объяснять лицам риски и пользу данного скрининга.

# Ведение детей с инсультом

## Рекомендации по модификации факторов риска развития инсульта

### Класс II

- ❑ Раннее выявление железодефицитных состояний, особенно у лиц с другими факторами риска инсульта, поможет минимизировать риск его развития.
- ❑ При выявлении железодефицитного состояния у детей необходимо ограничить употребление коровьего молока, так как оно может усиливать железодефицит.
- ❑ Дети, подростки, перенесшие инсульт, и члены их семей должны быть проинформированы относительно положительного влияния здорового образа жизни (диеты, дозированной физической нагрузки, отказа от табакокурения).
- ❑ Подросткам, перенесшим инсульт и использующим пероральные противозачаточные средства, необходимо рекомендовать альтернативные методы контрацепции, особенно в случае нарушений в системе свертывания.

# Поддерживающая терапия детей с инсультом

## Класс I

Поддерживающие меры при ишемическом инсульте должны включать контроль лихорадки, обеспечение нормальной оксигенации крови, контроль системной гипертензии и нормализацию уровня глюкозы крови.

## Класс II

У детей с инсультом необходимо проведение дегидратации и лечение анемии.

## Класс III

- На настоящий момент нет доказательной базы о том, что применение кислорода улучшает состояние лиц без гипоксемии.
- При отсутствии клинических или электроэнцефалографически определяемых припадков в профилактическом назначении противосудорожных препаратов у детей нет необходимости.
- При отсутствии дополнительных данных, которые подтвердят безопасность и эффективность, гипотермия не должна применяться у детей с инсультом, исключая случаи клинических испытаний.

## Класс I

Антикоагулянтная терапия низкомолекулярными гепаринами (НМГ) используется для длительного применения у детей с потенциальным риском повторной сердечной эмболии, ТЦВС, с отдельными гиперкоагуляционными состояниями.

## Класс II

Назначение НМГ или нефракционированного гепарина (НФГ) обоснованно у детей в течение как минимум 1 недели после ишемического инсульта на протяжении дальнейшего диагностического обследования и поиска причины инсульта.

## Протокол использования низкомолекулярных гепаринов

<u>Препарат</u>	лечебная	профилактическая	начальная	начальная
		<u>доза</u>	<u>доза</u>	
<b>Ревипарин</b>				
Расчет на килограмм веса (ед/кг в 12 часов)				
<5 кг		150	50	
>5 кг		100	30	
<b>Эноксапарин</b>				
Расчет в зависимости от возраста и на килограмм веса ( мг/кг в 12 часов)				
<2 месяца		1.5	0.75	
>2 месяцев		1.0	0.5	
<b>Дельтапарин</b>				
Расчет на килограмм веса (ед/кг в 24 часа)			129 ± 43	92 ± 52
<b>Тинзапарин</b>				
Расчет в зависимости от возраста и на килограмм веса ( ед/кг)				
0-2 месяца		275		
2-12 месяца		250		
1-5 лет		240		
5-10 лет		200		
10-16 лет		275		

## Класс II

1. Антикоагулянтная терапия варфарином целесообразна при необходимости длительного применения у детей с потенциальным риском повторной сердечной эмболии, ТЦВС, расслоения шейно-мозговых артерий или различных гиперкоагуляционных состояниях.

## Класс II

1. Аспирин является препаратом выбора для вторичной профилактики ишемического инсульта у детей, чей инфаркт не обусловлен серповидно-клеточной анемией и у детей, у которых нет высокого риска повторной эмболии или тяжелых гиперкоагуляционных нарушений.
2. Обоснованной начальной дозой аспирина для профилактики инсульта у детей является 3-5 мг/кг в день. Если при данных дозах имеются дозозависимые побочные эффекты, оправдано уменьшение дозы до 1-3 мг/кг. Если дети принимают аспирин для предупреждения инсульта, рационально проводить вакцинацию от ветряной оспы и ежегодную вакцинацию от гриппа для уменьшения риска синдрома Рейя. Целесообразно воздерживаться от приема аспирина при гриппе и ветряной оспе.

## Класс II

Тромболитическая терапия может быть обоснована у отдельных детей с ТЦВС.

## Класс III

До получения дополнительных данных по безопасности и эффективности ТЛТ не рекомендуется у детей с ишемическим инсультом, за исключением клинических испытаний.

# Список использованной литературы



1. Вашукова Е.С., Глотов А.С. и соавт. Современные подходы к диагностике наследственных форм тромбофилии // Российский педиатрический журнал. — 2008. — № 5. — С. 48-51.
2. Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Перепечаенко Ю.М., Москаленко М.А. Инсульты у детей и их причины // Журнал неврологии и психиатрии. — 2003 — Т. 103. — Приложение №8 «Инсульт». — С. 30-35.
3. Евтушенко С.К., Перепечаенко Ю.М. Этиологические факторы и их взаимосвязь с видами ишемического инсульта у детей // Журнал неврологии и психиатрии. — 2003. — № 8. — С. 30-36.
4. Зыков В.П., Черкесов В.Г., Степанищев И.Л., Комаров И.Б., Семенова О.И. Популяционное исследование церебрального инсульта у детей в Москве // Альманах клинической медицины. — Том VIII. — Часть 3. — Москва, 2005. — С. 5-9.
5. Лобов М.А., Тараканова Т.Ю., Щербакова Н.Е. Врожденные патологические извитости внутренних сонных артерий // Российский педиатрический журнал. — 2006. — № 3. — С. 50-54.
6. Одинак М.М., Коваленко П.А. Инсульты в молодом возрасте. — Москва, 2001. — 96 с.
7. Покровский А.В., Шубин А.А. Расслоение артерий (обзор литературы и клинические наблюдения) // Ангиология и сосудистая хирургия. — М., 2005. — Т. 12. - № 4. — С. 27-38.
8. Чучин М.Ю., Ширеторова Д.И. Метаболический инсульт в детском возрасте // Педиатрия. — 2002. — №4. — С. 19-23.

1. Brandt T., Hausser I., Orbeck E., Tran A., Hartschuh W. Ultrastructural connective tissue abnormalities in patients with spontaneous cervicocerebral artery dissections // *Ann. Neurol.* – 1998. – Vol. 44. – P. 281-285.
2. Carvalho K.S., Garg B.P. Arterial stroke in children // *Neurol. Clin.* — 2002. — Vol. 20. — P. 1079-10100.
3. Fullerton H.J., Johnston S.C., Smith W.S. Arterial dissection and stroke in children // *Neurology.* — 2001. — Vol. 57. — P. 1155-1160.
4. Ganesan V., Chong W.K., Cox T.C. et al. Posterior circulation stroke In childhood: risk factors and recurrence // *Neurology.* — 2002. — Vol. 9. — P. 1552-1556.
5. Geller T., Loftis L., Brink D.S. Cerebellar Infarction in adolescent males associated with acute marijuana use // *Pediatrics.* — 2004. — Vol. 113, № 4 (April). — P. 365-370.
6. Jordan L.C., Hillis A.E. Hemorrhagic stroke in children // *Pediatr. Neurol.* – 2007. – Vol. 36. – P. 73-80.
7. Lanthier S., Carmant L., David M. et al. Stroke in children the coexistence of multiple risk factors predicts poor outcome // *Neurology.* — 2000. — Vol. 54. — P. 371-378.
8. Nelson K.B., Lynch JK. Stroke in newborn infants // *Lancet Neurol.* – 2004. – Vol. 3. – P. 150–158.
9. Switzer J.A. et al. // *Lancet Neurol.* – 2006. – Vol. 5. – P. 501-512.
10. Uchino K., Johnston S.C., Becker K.J., Tirschwell D.L. Moya-Moya disease in Washington State and California. *Neurology.* – 2005. – Vol. 65. – P. 956–958.
11. Williams L.S., Garg B.P., Cohen M. et al. Subtypes of ischemic stroke in children and young adults // *Neurol. Clin.* — 2005. — Vol. 12. — P. 972-976.