

ID: 2020-03-24-A-18830

Клинический случай

Ермолаева Н.А., Попов М.А.

Опыт успешного лечения аневризмы головного мозга в остром периоде кровоизлияния на фоне беременности

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра нейрохирургии

Научный руководитель: к.м.н. Бубашвили А.И.

Резюме

В данном клиническом случае представлен опыт успешного лечения разорвавшейся артериальной аневризмы головного мозга на фоне беременности.

Ключевые слова: разорвавшаяся артериальная аневризма, беременность, лечение

Введение

Частота геморрагических инсультов (ГИ) у беременных колеблется от 2 до 5 случаев на 100000, летальность достигает 30-40%, в структуре материнской смертности - 5 – 12%. Частота ГИ в акушерской практике составляет 0,04% от общего количества родов или 42,9 на 100 000 беременных женщин. [1] В 50-70% случаев причина ГИ – разрыв артериальной аневризмы (АА) головного мозга. Разрыв АА головного мозга является основной причиной субарахноидального кровоизлияния (САК), что приводит к материнской смертности в 58-63% случаев. [2].

При беременности - факторы, способствующие развитию геморрагических инсультов, можно разделить на три группы: 1. Физиологические факторы риска: к концу II триместра на 60% увеличивается сердечный выброс, вместе с ним к концу беременности происходит максимальное увеличение объема циркулирующей крови и повышение АД. 2. Акушерские факторы риска: из которых основной - систолическая гипертония. 3. Факторы риска сопутствующих заболеваний такие как: заболевания, которые увеличивают риск сосудистых патологий, в том числе и инсульта: ожирение (ИМТ > 30 кг / м²), диабет, ранее существовавшая гипертония, почечные и сердечные заболевания. [4].

Лечебная тактика разрыва АА у беременных остается открытой проблемой. Имеются лишь единичные исследования, соответствующие критериям доказательной медицины I и II уровня, в связи с чем построение "стандартов" оказания медицинской помощи беременным с разрывами АА на данный момент является нерешенной задачей, требующей дальнейшего изучения.

В идеале требуется проведение неотложного нейрохирургического вмешательства, направленного на выключение аневризмы из кровотока, которое может быть выполнено с сохранением беременности. Такое нейрохирургическое вмешательство, является сложной задачей, и несет в себе риск возникновения неврологического дефицита и угрозу прерывания беременности.

Материал и методы

Проведен анализ истории болезни.

Описание клинического случая

Пациентка Кулешова, 20 лет поступила в ГУЗ «Областная клиническая больница» (ОКБ), Отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) 3 25.09.2017 в тяжелом состоянии.

Анамнез: 24.09.17 г произошел генерализованный судорожный приступ. Пациентка была доставлена в центральную районную больницу. В стационаре развился повторный приступ, угнетение сознания, это состояние, а также выявленная беременность сроком 26 недель, послужили причиной перевода пациентки в ГУЗ ОКБ.

При поступлении: общее состояние пациентки тяжелое, сознание - кома I на фоне медикаментозной седации, острая дыхательная недостаточность, требующая респираторной поддержки. В неврологическом статусе - правосторонний гемипарез до 1 балла, менингеальный синдром.

Данные компьютерной томографии (КТ) головного мозга: субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние с формированием гематомы левой теменной доли объемом 35 мл.

По данным компьютерной томографической ангиографии (КТАГ) головного мозга: источник кровоизлияния дистальная аневризма левой средней мозговой артерии (ЛСМА), М4 сегмента, размерами 6x5 мм. (см. изображение 1).

Дуплексное исследование экстра и интракраниальных артерий (ТКДГ): спазм средней тяжести ЛСМА, скорость кровотока увеличена до 150 см/сек.

На УЗИ: сердцебиение плода определяется. Данных за отслойку плаценты нет.

Выставлен диагноз: Субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние из дистальной аневризмы М4 сегмента левой средней мозговой артерии с формированием гематомы левой гемисферы 35 мл. Hunt-Hess V (кома 1)/Fisher 4. Фон: Беременность 26 недель.

Исходя из результатов обследований, подтверждающих локализацию источника кровоизлияния, наличие внутримозговой гематомы пограничного объема (35 мл), данных об умеренном сосудистом спазме, выражающемся клинически в виде угнетения уровня сознания до комы I дыхательной недостаточности и глубокого гемипареза, на фоне беременности относительно большого срока, выжидательная тактика по отношению к разорвавшейся АА, осложненной гематомой, даже при экстренном родоразрешении, скорее всего привела бы к серьезным осложнениям и возможной потере жизни как матери, так и ребенка. Активная тактика: выключение аневризмы из кровотока, удаление гематомы, декомпрессия головного мозга на фоне сохранения беременности.

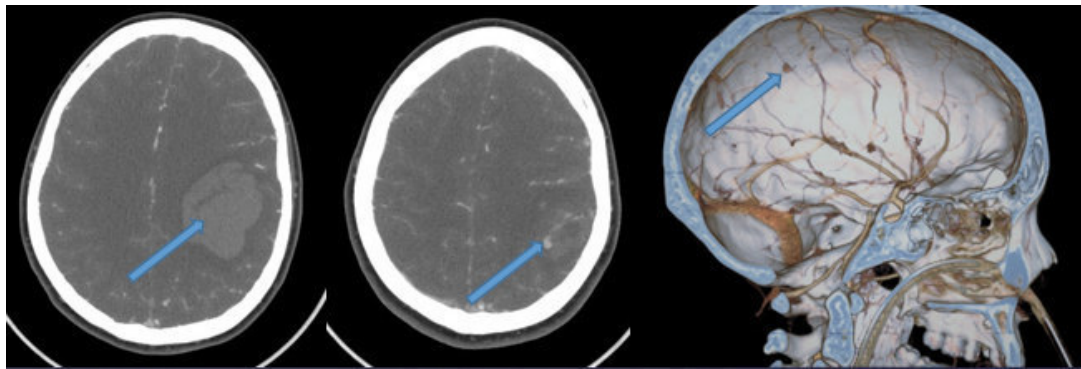


Рисунок 1. Серия снимков КТАГ (слева на право) Субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние, гематома левой теменной доли объемом 35 мл./ Дистальная ЛСМА, М4 сегмента размером 6х5 мм./ КТАГ 3D реконструкция. Дистальная ЛСМА, М4 сегмента.

Данный клинический случай был представлен на телеконсультацию специалистам ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. Ак. Н.Н. Бурденко» для обсуждения и тактики ведения у данной категории пациентов, учитывая большой клинический опыт сотрудников головного учреждения. Специалисты ОКБ получили подтверждение своего подхода, а именно- необходимости проведения ускоренной операции по выключению аневризмы из кровотока, с удалением гематомы, сохранением беременности, при отсутствии акушерских противопоказаний.

25.09.17 Была проведена операция: декомпрессивная краниэктомия в левой теменно-затылочной области, удаление гематомы левой теменной доли объёмом 35 мл, удаление дистальной аневризмы М4 сегмента левой средней мозговой артерии.

В послеоперационном периоде в условиях ОРИТ проводилась: коррекция дыхательной недостаточности, микроциркуляции, уменьшения явлений вазоспазма, лечение отёка мозга. Междисциплинарный подход специалистов позволил сохранить беременность.

В послеоперационном периоде отмечалось восстановление уровня сознания, нарастали движения в правых конечностях - положительная динамика в отношении уменьшения явлений гемипареза. (см. изображение 2) Отмечалась положительная динамика в виде уменьшения вазоспазма, уменьшение отёка головного мозга, подтвержденные контрольными МРТ и ТКДГ.

Двигательная активность плода и сердцебиение определялись на всем периоде пребывания в стационаре, акушерских проблем не выявлено.

13.10.17 на фоне стабилизации состояния, наличия активного сознания, устойчивых витальных функции, уменьшения неврологической симптоматики пациентка была переведена в отделение неврологии. На сроке 38 недель пациентка родоразрешена, путем кесарева сечения. Родился живой ребенок, по шкале Апгар 8 баллов.

Сложность данного клинического случая заключается в том, что разрыв АА произошел на фоне беременности сроком 26 недель. Разрыв сопровождался грубыми неврологическими нарушениями- угнетением сознания, глубокими двигательными расстройствами, стволовой симптоматикой в виде дыхательных нарушений. Сохранение жизни и матери и ребенка в этих условиях оказалось трудной, но разрешимой задачей.

Стандарты оказания помощи пациентам с разрывом АА, с наличием беременности в настоящий момент отсутствуют.

С одной стороны, согласно приказу Минздрава России от 03.12.2007 N 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» [3], острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) со снижением бодрствования до сопора и комы и нарушением витальных функций (дыхания, сердечно-сосудистой деятельности) является абсолютным показанием к прерыванию беременности на любом сроке. Пролонгирование беременности у пациентки с аневризмой, даже оперированной ранее, невозможно, поэтому при аневризматическом САК первым этапом показано неотложное прерывание беременности, вторым этапом - лечение кровоизлияния, в том числе хирургическое. [2]

Также надо отметить, что в 2012 году РФ подписала конвенцию ООН, согласно которой акушеры-гинекологи обязаны реанимировать 500 граммовых новорожденных, появившихся позже 21 недели беременности.

Однако гестационный возраст непосредственно влияет на жизнеспособность плода и степень инвалидизации ребёнка. С каждой последующей неделей внутриутробной жизни риск инвалидизации ребёнка прогрессивно снижается от 100% при 22 неделях, достигая 25% при сроке 26 недель, 5 – 7% - при сроке 28 недель, 0,02 – 0,03% - после 37 недели беременности. [2]

Очевидно, что максимальные усилия специалистов и системы здравоохранения должны быть направлены на пролонгирование беременности.

С другой стороны сообщения об открытом хирургическом лечении патологии сосудов головного мозга у беременных пациенток, в том числе в остром периоде кровоизлияния появляются в мировой литературе с 1975 года, об использовании эндоваскулярных методов диагностики и лечения – с 2000 года. Беременным возможно проведение компьютерной томографии, КТ – ангиографии, и эндоваскулярных процедур, ввиду минимального риска тератогенного эффекта для плода. В течение последних десятилетий многие авторы предлагают при кровоизлияниях из АА и АВМ проводить хирургическое и консервативное лечение с пролонгированием беременности. [2] То есть в случае разрыва АА лечение беременной пациентки должно проводиться также, как и у небеременной пациентки.

В отношении выбора времени проведения вмешательства на аневризме ситуация неоднозначна.

Определение сроков операции, целью которой является предотвращение повторного кровоизлияния из аневризмы, представляет трудности. Чем быстрее выполнено вмешательство, тем ниже показатели повторных разрывов, смертность при которых достигает 60-70%, а 2/3 выживших остаются инвалидами. В тяжелом состоянии такие сложные вмешательства плохо переносятся пациентами и высок процент неблагоприятных исходов в ближайшем послеоперационном периоде.



Рисунок 2. Движение в правой руке на 20 сутки после операции и на 12 неделе после операции

Согласно протоколу, группам IV-V тяжести по Hant-Hess операции откладываются до стабилизации состояния[1]. Риск повторного разрыва при этом сохраняется. Пациенты остаются наедине с высоким риском повторного кровоизлияния, и практически гарантированным летальным исходом при рецидиве.

Выводы

Представленный клинический случай является уникальным для нашего региона, так как это второй случай успешного оперативного лечения разрыва АА у беременной.

Несмотря на отсутствие стандартов оказания помощи в нашей стране, в мировой практике отмечается тенденция выбора активной хирургической тактики на фоне сохранения беременности.

Опираясь на собственный опыт, и полученную рекомендацию от ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. Ак. Н.Н. Бурденко» хирургами ОКБ, была проведена операция, которая в конечном счете сохранила жизнь не только матери, но и ребенка. При динамическом наблюдении у матери отмечен прогресс в отношении восстановления когнитивных функций регресса гемипареза: движения в правой руке возросли до 4 баллов (см. изображение 2), самостоятельно перемещается, может полноценно заботиться о своем ребенке.

Литература

1. Коновалов Александр Николаевич Крылов Владимир Викторович Филатов Юрий Михайлович Элиава Шалва Шалвович Клинические рекомендации лечение больных с субарахноидальным кровоизлиянием следствия разрыва аневризм сосудов головного мозга. // VI Съезде нейрохирургов России 2012 г – г. Новосибирск. с. 16-20.
2. Крылов В.В. Колотвинов В.С. Страхов А.А. Бутунов О. В. Клинические рекомендации. Хирургическое лечение нетравматических внутримозговых кровоизлияний у беременных // Пленум Правления Ассоциации нейрохирургов России г. Красноярск, 2015, г. с. 4-13
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. N 736 "Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности"
4. Klein A. (Ed.). Pregnancy and neurologic illness.// Neurol. Clin. 2012. V. 30 p. 138-139.