

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Арустамян Р.Р.¹, Шифман Е.М.², Сарибекян А.С.³, Ляшко Е.С.¹, Коньшева О.В.³

¹ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, 127473, Москва, ул. Делегатская, 20/1; ²ГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов Минздрава РФ, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6; ³ГБУЗ Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова Департамента здравоохранения Москвы, 111539 Москва, ул. Вешняковская, 23

Внутричерепное кровоизлияние является одной из ведущих неакушерских причин материнской смертности и заболеваемости. Актуальность изучаемой проблемы обусловлена, с одной стороны, грозными осложнениями для матери и для плода, с другой — неуправляемостью прогнозирования цереброваскулярной патологии у беременных женщин. Ситуация также осложнена развитием симптомокомплексов, которые могут как наблюдаться при манифесте церебральной патологии, так и явиться клиническим проявлением осложнения беременности (преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдрома).

Ключевые слова: внутричерепное кровоизлияние; преэклампсия/эклампсия; артериовенозная мальформация; аневризма.

ANALYSIS OF PREGNANCY COURSE, DELIVERY AND POSTNATAL PERIOD IN WOMEN WITH INTRACRANIAL HEMORRHAGE OF DIFFERENT ETIOLOGY

Arustamyan R.R.¹, Shifman E.M.², Saribekyan A.S.³, Lyashko E.S.¹, Konysheva O.V.³

¹SFEI A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of Ministry of health of Russia, Moscow, ²SFEI Peoples' Friendship University of Russia of Ministry of health of Russia, Moscow, ³SFIH, City clinical hospital №15 named after O.M. Filatov

Intracranial hemorrhage is one of the leading non-obstetric causes of maternal mortality and morbidity. The relevance of the problem is determined on one side by serious complications for mother and fetus, on the other side, by unpredictable course and prognosis of cerebrovascular disease in pregnant women. The condition is complicated by development the symptoms that occur in patients both with cerebral pathology and with preeclampsia / eclampsia, HELLP-syndrome.

Key words: intracranial hemorrhage; preeclampsia / eclampsia; arteriovenous malformation; aneurysm.

Внутричерепное кровоизлияние (ВЧК) является редким, но грозным осложнением во время беременности (частота его, по данным литературы, составляет от 0,01 до 0,05%) [1]. При этом очень высок риск материнской смертности и заболеваемости, значителен риск для будущего ребенка. Частота смертности от 40 до 83%, что составляет 5–12% от общей материнской смертности [1].

Единого мнения о влиянии беременности на частоту ВЧК различной этиологии нет. Имеются сообщения о сопоставимом риске ВЧК в III триместре беременности, в родах и в послеродовом периоде, у небеременных женщин и на ранних сроках беременности до 27 нед [2].

По данным других авторов, риск кровоизлияния

увеличивается в течение III триместра и наиболее высок в период родов и в послеродовом периоде [3]. Так, частота разрыва артериовенозных мальформаций (АВМ) во время беременности составляет 8,1%, в то время как у небеременных женщин – 1,1% [4]. Однако мнение всех авторов сходится в том, что беременные с ВЧК составляют группу высокого риска по развитию материнской, перинатальной заболеваемости и смертности [5].

Причинами ВЧК могут быть как разные формы цереброваскулярной патологии (АВМ, аневризмы, каверномы), так и осложнения беременности (преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром). Есть сообщения о том, что причиной ВЧК в 30% случаев являются именно осложнения беременности [6]. Причиной ВЧК могут быть также травмы, внутримозговые опухоли, артериальная гипертензия (АГ), заболевания крови, ишемический инсульт. Локализация очагов геморрагий может быть различной: экстрадуральная, субдуральная, субарахноидальная, паренхиматозная, внутрижелудочковая. Часто очаги геморрагий бывают сочетанными.

Клинически ВЧК, как известно, проявляются внезапной сильной головной болью, которая не купируется приемом анальгетиков, тошнотой, рвотой, возможны ригидность шейных мышц, эпилептические припадки, очаговая неврологическая симптоматика, нарушения уровня сознания (от оглушения до комы) [7]. Перечисленные жалобы и симптомы

Сведения об авторах:

Арустамян Рузанна Робертовна — канд. мед.наук, доц. каф. репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова; e-mail: garust@ Rambler.ru;

Шифман Ефим Муневич — д-р мед. наук, проф. РУДН.

Сарибекян Альберт Сарибекевич — д-р мед. наук, зав. отд-ем нейрохирургии ГКБ №15 им. О.М. Филатова;

Ляшко Елена Сергеевна — д-р мед. наук, проф. каф. репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова;

Коньшева Ольга Владимировна — канд. мед.наук, зам. гл.врача ГКБ №15 им. О.М. Филатова.

Таблица 1

Клиническая характеристика беременных

Средний возраст, годы	29,5	Инфекция почек при беременности	$n = 1$
Первородящие	$n = 22$	Дисфункция щитовидной железы у беременных	$n = 3$
Повторнородящие	$n = 12$	Анемия у беременных	$n = 2$
Сердечно-сосудистые болезни у беременных	$n = 10$	Ожирение	$n = 1$
Системная красная волчанка	$n = 1$	Хронический тонзиллит	$n = 1$
Артериальная гипертензия	$n = 12$	Аппендэктомия	$n = 1$
		Сахарный диабет	$n = 1$

могут быть также клиническим проявлением тяжелой преэклампсии и эклампсии, что должно настоятельно рабаивать акушера-гинеколога при выборе тактики ведения беременности и метода родоразрешения. Необходимо понимание акушером-гинекологом презумции эклампсии и ее осложнений, с другой стороны, четкая настороженность и дифференциальная диагностика с ВЧК.

Вне зависимости от срока гестации беременные с клиникой ВЧК проходят обследование по стандартному алгоритму лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) [8].

Современные методы лечения ВЧК направлены на удаление опухолей, гематом, иссечение патологических сосудистых клубочков и клипирование аневризм. Также применяются различные виды эндоваскулярных вмешательств. При наличии цереброваскулярной патологии, опухолей мозга оптимальным является лечение до планируемой беременности с проведением контрольного обследования согласно рекомендациям нейрохирургов. В случае манифестации во время беременности объем нейрохирургического вмешательства зависит от конкретной клинической ситуации. По жизненным показаниям могут быть применены различные виды нейрохирургических вмешательств – как с использованием открытого доступа, так и эндоваскулярными методами.

Пролонгирование или прерывание беременности, досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения также зависят от клинической ситуации. При наличии цереброваскулярной патологии без ВЧК некоторые авторы рекомендуют тщательное наблюдение за беременной до срока 38 нед и плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения с последующим нейрохирургическим лечением [4].

Цель исследования – определение тактики ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ВЧК различной этиологии.

Пациенты и методы исследования

Исследованы 34 клинических случая ОНМК у женщин репродуктивного возраста, которые находились на стационарном лечении в ГКБ №15 им. О.М. Филатова с 2010 по 2013 г. Исследование носило как ретроспективный, так и проспективный, когортный характер. В исследуемой группе у 13 женщин ОНМК было в анамнезе и они наблюдались и были родоразрешены в родильном доме больницы. У 21 пациентки ОНМК осложнило течение данной беременности. Они были доставлены бригадой скорой медицинской помощи или переведены из других стационаров Москвы.

Клиническая характеристика беременных приведена в табл. 1.

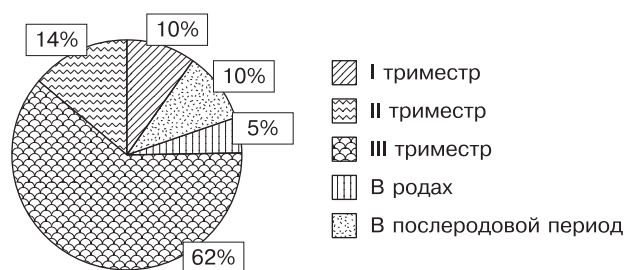
Гинекологический анамнез был отягощен у 15 женщин различной патологией: самопроизвольным выкидышем, искусственным абортom, эктопией шейки матки, дисфункцией яичников, эндометриозом.

У 25 пациенток из 34 течение беременности осложнилось: рвота у беременных – легкая или умеренная, угрожающий аборт, острая инфекция верхних дыхательных путей, ложные схватки, анемия

беременных, вызванные беременностью отеки, плацентарные нарушения, недостаточный рост плода, существовавшая ранее вторичная артериальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, преэклампсия средняя и тяжелая, эклампсия.

ОНМК развилось в I триместре у 2 беременных, во II – у 3, в III – у 13, в родах у 1 роженицы и в раннем послеродовом периоде у 2 родильниц. Частота ВЧК, осложнивших течение данной беременности, приведена на рисунке, из которого видно: наиболее часто ВЧК в нашем исследовании наблюдались в III триместре ($n = 13$), что составило 62%. Частота внутречерепных кровоизлияний в I, во II триместрах, в родах и в послеродовом периоде была сопоставима. Полученные нами результаты частично совпадают с данными литературы [3], так как повышение частоты ВЧК в родах и в послеродовом периоде нами не наблюдалось.

Из 34 беременных 27 были родоразрешены путем операции кесарева сечения (у 8 из них были роды в анамнезе), у 4 пациенток роды произошли через естественные родовые пути, 2 женщины выписались беременными. Одна беременная в возрасте 26 лет в сроке гестации 24–25 нед, страдающая наркоманией, после разрыва артериовенозной мальформации (АВМ) и антенатальной гибели плода скончалась на 4-е сутки



Частота ОНМК у беременных, рожениц и родильниц.

Формы цереброваскулярной патологии

Патология	<i>n</i>
Артериовенозная мальформация	14
Аневризма	9
Кавернома	6

после ОНМК. Женщине проводилась консервативная терапия ввиду тяжести общего состояния (кома II–III). Две родильницы скончались после разрыва АВМ на фоне тяжелой преэклампсии на 19-е и 30-е сутки после своевременных родов. У одной пациентки 34 лет ОНМК осложнило течение второго периода первых своевременных оперативных (были наложены акушерские щипцы) родов в головном предлежании. Ей была проведена операция по удалению внутримозговой гематомы и наложению вентрикулярного дренажа. Тяжесть состояния родильницы была обусловлена осложнением беременности – тяжелой преэклампсией, маркерами которой были повышение артериального давления (АД) до 180/100 мм рт. ст., генерализованные отеки, протеинурия 1 г/л, отек диска зрительного нерва (ДЗН). Рентгенологических данных о цереброваскулярной патологии не выявлено. При патоморфологическом исследовании головного мозга был описан небольшой клубочек патологических сосудов АВМ.

У третьей пациентки в возрасте 31 года осложнился ранний послеродовой период вторых своевременных родов в головном предлежании на сроке 40 нед. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ): разрыв АВМ задней мозговой артерии (ЗМА), паренхиматозное, субарахноидальное, субдуральное кровоизлияние. Дважды были удалены внутримозговые гематомы и была иссечена АВМ. Смерть наступила на 19-е сутки после родов. Анализируя данный клинический случай, следует отметить, что и у этой пациентки была тяжелая преэклампсия: артериальная гипертензия до 180/100 мм рт. ст., гипопротеинемия 52 г/л, повышение уровня АЛТ до 109 ммоль/л, АСТ до 369 ммоль/л, тромбоцитопения – $75 \cdot 10^9$ /л, застойные ДЗН.

Во всех 3 случаях с летальным исходом помимо цереброваскулярной патологии были отягчающие факторы. В одном случае беременная страдала наркоманией, а в двух беременность была осложнена тяжелой преэклампсией, что согласуется с данными литературы [6].

Из 27 кесаревых сечений 11 были проведены досрочно в сроках гестации 28–36 нед по жизненным показаниям (оценка новорожденных по шкале Апгар 6–7 баллов). Плановых операций кесарева сечения проведено 16 (согласно рекомендациям невролога, нейрохирурга, иногда в сочетании с акушерскими показаниями). Объем кровопотери во время операций кесарева сечения и в родах был в пределах физиологического во всех наблюдениях. В большинстве случаев проводилась спинномозговая анестезия (СМА) – у 19 пациенток, общая анестезия была применена у 4, эпидуральная анальгезия – у 4.

ВЧК в исследуемой группе были вызваны разрывом аневризмы в различных сосудистых бассейнах головного мозга в 9 случаях; разрывом АВМ в 14, разрывом каверном в 6. Частота различных форм цереброваскулярной патологии приведена в табл. 2. В одном случае кровоизлияние произошло в менингиому, в 2 случаях – после травмы головного мозга. У двух женщин причиной ВЧК явилась тяжелая преэклампсия без наличия цереброваскулярной патологии.

В 27 случаях ВЧК было подтверждено рентгенологически (МРТ, МСКТ, КТ). У 4 пациенток (с диагнозами: кавернома левой лобной доли, кавернома левой височной доли, АВМ теменно-парасагиттальной области, АВМ височной доли) отмечался эпизиндром без ВЧК. В 2 случаях (кавернома пениальной зоны) присутствовала различная неврологическая симптоматика без очагов кровоизлияния. В одном случае цереброваскулярная патология оказалась диагностической случайной находкой у 41-летней первородящей, у которой в 2010 г. были обнаружены АВМ правого полушария большого мозга и левого полушария мозжечка. По поводу цереброваскулярной патологии лечение не проводилось. В 2012 г. женщина была родоразрешена в плановом порядке путем операции кесарева сечения на сроке 38 нед согласно рекомендациям специалистов.

Субарахноидальные кровоизлияния (САК) были у 11 пациенток, внутримозговые – у 15 (в одном случае в сочетании с САК), одно кровоизлияние в менингиому, одно – вентрикулярное и одно – субдуральное (в сочетании с САК).

Нейрохирургические операции производились у 16 из 21 пациентки. В 12 случаях, кроме удаления гематомы, им были произведены радикальные операции по лечению цереброваскулярной патологии:

- иссечение АВМ – 4 случая;
- эмболизация – 2 случая;
- клипирование аневризмы – 6 случаев.

Девять из 12 радикальных операций были произведены в отделении нейрохирургии ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, 3 женщины были оперированы в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

Анализ ведения беременности, родов и послеродового периода у 12 женщин из 13, у которых ОНМК было в анамнезе, беременность удалось пролонгировать до доношенных сроков гестации. Все они были оперированы в плановом порядке после 38-й недели, новорожденные получили оценку по шкале Апгар 7–9 баллов. Лишь одна пациентка была оперирована на сроке беременности 34 нед по акушерским показаниям. В этой группе женщин 7 проводилось нейрохирургическое лечение: клипирование аневризмы, иссечение АВМ, эндоваскулярная эмболизация патологических сосудов. Получали консервативное лечение 6 пациенток.

Анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 21 пациентки с ОНМК, осложнившим течение данной беременности, показал, что часто клинические и лабораторные маркеры преэклампсии не учитывались в полном объеме. Так, лишь в 2 случаях был поставлен диагноз тяжелой преэклампсии.

Однако, анализируя данные клинико-лабораторных показателей, было выявлено, что артериальной гипертензией (АГ) страдали 9 пациенток. Из них у 3 развилась преэклампсия средней степени, у 1 – тяжелой степени. У 8 пациенток были выявлены характерные для преэклампсии изменения клинико-лабораторных показателей (в 5 случаях степень преэклампсии можно было оценить как тяжелую). При постановке диагноза преэклампсии, помимо АГ, протеинурии, выраженных генерализованных отеков, необходимо учесть показатели гемостаза, биохимического анализа крови, данные ультразвукового исследования, заключения окулиста, невролога. В исследуемой группе протеинурия > 0,2 г/л была выявлена у 17 пациенток, гипопроteinемия < 55 г/л – у 10, тромбоцитопения – у 8, снижение гематокрита – у 7, анемия умеренная и выраженная – у 8 женщин. У 9 пациенток был выявлен отек ДЗН. Вместо 6 (28,5%) случаев тяжелой преэклампсии/эклампсии диагноз был установлен в 2 (9,5%) случаях. Полученные нами результаты совпадают с данными литературы, согласно которым причиной ВЧК во время беременности, родов и в послеродовом периоде в 30% случаев являются осложнения беременности: преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром [6].

Таким образом, ВЧК во время беременности, родов, в раннем послеродовом периоде – грозное осложнение, приводящее как к материнской, так и к перинатальной заболеваемости и смертности. Основная задача акушера-гинеколога – выявить и правильно оценить маркеры преэклампсии/эклампсии, HELLP-синдрома и своевременно решить вопрос о пролонгировании беременности, времени и способе родоразрешения. При наличии цереброваскулярной или соматической патологии беременность следует вести согласно рекомендациям специалистов.

Лечение таких пациенток должно проводиться в условиях многопрофильной клиники с родильным домом, отделениями нейрохирургии с рентгеноперационной, нейрореанимации, лучевой диагностики, оснащенной КТ, МРТ, МСКТ. При этом терапия таких пациенток продолжается при активном участии анестезиолога-реаниматолога, невролога, нейрохирурга, офтальмолога и специалистов лучевой диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Meyers Ph. M., Van Halbach V., Malek A.M., Phatouros C.C., Dowd Ch.F., Lawton M.T. et al. Endovascular treatment of cerebral artery aneurysms during pregnancy. *Am. J. Neuroradiol.* 2000; 21: 1306–11.
2. Salonen R. et al. 2001. //http://www.medmerits.com/index.php/article/pregnancy_and_stroke/P6.
3. Fairhall J.M., Stoodley M.A. Intracranial haemorrhage in pregnancy. *Obstet. Med.* December 2009; 2:142–8.
4. Gross B.A. et al. High risk of bleeding from brain blood vessel abnormalities during pregnancy. *Neurosurgery.* 7, 2012.
5. Bateman B.T., Olbrecht V.A., Berman M.F., Minehart R.D., Schwamm L.H., Leffert L.R. Peripartum subarachnoid hemorrhage: nationwide data and institutional experience. *Anesthesiology.* 2012; 116(2): 324–33.
6. Tate J., Bushnell Ch. Pregnancy and stroke risk in women. *Womens Hlth.* 2011; 7(3): 363–74. doi: 10.2217/whe. 11.19.
7. Яхно Н.Н., Парфенов В.А. *Частная неврология.* М.: МИА; 2006.
8. Астапенко А.В., Короткевич Е.А., Антиперович Т.Г. и др. Тромбоз церебральных вен и синусов. *Медицинские новости.* 2004;8: 48–52.

REFERENCES

1. Meyers Ph. M., Van Halbach V., Malek A.M., Phatouros C.C., Dowd Ch.F., Lawton M.T. et al. Endovascular treatment of cerebral artery aneurysms during pregnancy. *Am. J. Neuroradiol.* 2000; 21: 1306–11.
2. Salonen R. et al. 2001. //http://www.medmerits.com/index.php/article/pregnancy_and_stroke/P6.
3. Fairhall J.M., Stoodley M.A. Intracranial haemorrhage in pregnancy. *Obstet. Med.* December 2009; 2:142–8.
4. Gross B.A. et al. High risk of bleeding from brain blood vessel abnormalities during pregnancy. *Neurosurgery.* 7, 2012.
5. Bateman B.T., Olbrecht V.A., Berman M.F., Minehart R.D., Schwamm L.H., Leffert L.R. Peripartum subarachnoid hemorrhage: nationwide data and institutional experience. *Anesthesiology.* 2012; 116(2): 324–33.
6. Tate J., Bushnell. Ch. Pregnancy and stroke risk in women. *Womens Hlth.* 2011; 7(3): 363–74. doi: 10.2217/whe. 11.19.
7. Yakhno N.N., Parfenov V.A. *Chastnaya nevrologiya.* Moscow: MIA; 2006 (in Russian).
8. Astapenko A.V., Korotkevich E.A., Antiperovich T.G. et al. Thrombosis of the cerebral veins and sinuses. *Meditinskie novosti.* 2004; 8: 48–52 (in Russian).