

УДК 618.3-06:616.831.9-008.811.1-089.48

**И.А. Рыжова, А.С. Аверин, Т.А. Валикова,
И.Д. Евтушенко**

E-mail: minvik07@mail.ru

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПОСЛЕ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ГОУ ВПО Сибирский государственный
медицинский университет Росздрава, г. Томск

Экстрагенитальная патология значительно осложняет течение беременности и представляет сложности в выборе тактики методов родоразрешения [1].

Гидроцефалия до сих пор остается одной из наиболее сложных проблем современной неврологии и нейрохирургии и в большинстве случаев оказывается основной причиной необратимых тяжелых неврологических и психических нарушений [2].

Ликворшунтирующие системы получили наибольшее распространение в лечении гидроцефалии. Часто применяются операции, при которых ликвор

отводится в брюшную полость – вентрикулоперитонеальное шунтирование. При этом периферический катетер проводят под кожей по передней поверхности грудной клетки до брюшной полости и погружают в нее. Для предотвращения закупорки катетеров кусочками мозгового детрита и салъником используются двухпросветные вентрикулярные и перитонеальные нескручивающиеся катетеры. Однако количество осложнений, связанных с дисфункцией шунтирующих систем, велико и составляет, по разным источникам, от 40-70% случаев [2].

Определенный интерес представляет клинический случай течения беременности и родов у пациентки с вентрикулоперитонеальным шунтом.

В марте 2008 г. в акушерскую клинику СибГМУ поступила женщина 34 лет со сроком беременности 35-36 недель, предъявляющая жалобы на ухудшение зрения последние две недели, пелену перед глазами, отеки на ногах и передней стенке живота.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность вторая. После первых родов появились головные боли мучительного характера, не купирувавшиеся приемами анальгетиков. Диагностирована внутренняя окклюзионная гидроцефалия неясной (возможно, вирусной) этиологии. Консервативная терапия успеха не имела, и в 2002 г. было проведено вентрикулоперитонеальное шунтирование справа с наложением фрезевого отверстия в точке Денди. Во вре-

мя проведения операции под внутривенным эндотрахеальным наркозом была остановка сердечной деятельности и клиническая смерть. В послеоперационном периоде головные боли не беспокоили и в течение 5 лет пациентка у нейрохирурга не наблюдалась.

С данной беременностью пациентка на диспансерном учете состояла с 7 недель. До 25 недель беременность протекала вполне удовлетворительно, затем после перенесенного острого воспалительного процесса верхних дыхательных путей (ринит, гайморит) появились давящие боли в височных отделах головы и пелена перед глазами.

В 27 недель пациентка с жалобами на головокружение, резкое снижение остроты зрения обратилась в гинекологический стационар. При комплексном обследовании (компьютерная томография головного мозга) заподозрена неадекватная работа шунта. Пациентка для определения дальнейшей тактики ведения беременности и метода родоразрешения была переведена в акушерскую клинику СибГМУ.

При поступлении состояние пациентки средней степени тяжести, артериальное давление 110/70 мм рт. ст., пульс 78 уд. в мин., отеки на нижних конечностях и передней брюшной стенке. При осмотре на затылочной кости справа имеется трепанационный дефект. При наружном акушерском обследовании живот овоидной формы, матка соответствует сроку 35-36 недель. Проведенная доплерометрия выявила нарушения маточно-плацентарного кровотока Ia степени. На кардиограмме – монотонность ритма более 30%, по W. Fisher 7 баллов (1976).

Проведены консультации окулиста и невролога.

Заключение окулиста: гипертензивная флебопатия. Расходящееся косоглазие OS.

Осмотр невролога: пациентка адекватна, ориентирована, имеется двухсторонний экзофтальм, спонтанный нистагм, горизонтальный нистагм, парез взора вверх, зрачки широкие, двоения нет. Носогубная складка сглажена справа, язык по средней линии, голос звучный, поперхивания нет, походка обычная, в позе Ромберга устойчива, сила мышц – 5 баллов. Рефлексы высокие, тонус мышц сохранен, патологических знаков нет. Координационные пробы выполняет уверенно, чувствительность не нарушена, менингеальных симптомов нет. Кожные покровы сероватые, гипергидроз.

Заключение: окклюзионная гидроцефалия, стадия декомпенсации. Состояние после наложения вентрикулоперитонеального шунта. Амблиопия. Экзофтальм. Спонтанный нистагм.

В экстренном порядке было проведено кесарево сечение. Методом обезболивания выбрана эпидуральная анестезия. При вскрытии в брюшной полости имелся выпот опалесцирующего цвета. Матка вскрыта в нижнем сегменте поперечным разрезом. Извлечен один живой доношенный плод женского

пола массой 2500 г, длиной 48 см с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Матка ушита без технических сложностей двухрядным непрерывным викриловым швом. При осмотре в брюшной полости визуализировался нижний конец шунта, из которого свободно начала изливаться прозрачная жидкость. К завершению операции пациентка отметила улучшение зрения. Послеоперационный период протекал благоприятно. Больная выписана домой с новорожденным на 6-е сутки без головных болей и симптомов нарушения зрения.

Таким образом, резкое ухудшение состояния пациентки во второй половине беременности вызвано неэффективностью работы вентрикулоперитонеального шунта, что связано, по-видимому, с увеличением внутрибрюшного давления и механическим сдавлением беременной маткой. Экстренное родоразрешение с опорожнением полости матки привело к быстрому восстановлению работы шунта и исчезновению мозговой симптоматики у пациентки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных // Триада. – 1999. – 815 с.
2. Олешкевич Ф.В., Олешкевич А.Ф. Нейрохирургия. Операции на головном мозге // Минск. – 1993. – 294 с.

PREGNANCY AND DELIVERIES AFTER VENTRICULOPERITONEAL GRAFT. CLINICAL CASE

I.A. Ryzhova, A.S. Averin, T.A. Valikova,
I.D. Eutoushenko

SUMMARY

The case of deliveries in a woman with ventriculoperitoneal graft complicated of its occlusion during pregnancy is discussed.

Key words: pregnancy, hydrocephalia, ventriculoperitoneal shunt, occlusion.